CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

CURAR VET

Yo. Genoveva Salas, mayor de edad con No. de identidad 32209585 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Toby, raza _____, edad _____, sexo _____, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1 INFORMACIÓN MÉDICA. RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer este.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

Genoveva Salas

MÉDICO REPRESENTANTE **PROPIETARIO O RESPONSABLE**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

CURARVET

Yo. Lina Garcia de Cortes ____. mayor de edad con No. de identidad 103-080214 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota MONO__ . raza Pug, edad 4 años , sexo Hembra . de quien soy su representante en este momento Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones.

1 INFORMACIÓN MÉDICA. RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota. y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual estan involucrados los tejidos vivos. los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones. alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos. por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omision son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico. pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar examenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3 ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización. analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalizacion tales como curaciones. asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones. cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE **PROPIETARIO O RESPONSABLE**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

CURAR-VET

Yo, Marleny Arias, mayor de edad con No. de identidad 43821400 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Oso, raza Criollo, edad 6años, sexo Macho, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son. Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones especificos que pueden surgir a raiz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de el pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que si no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realizacion de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilizarían, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalizacion tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

-marleny arias roman
-43.827.400

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

CURAR VET

Yo. Leidy Natalia Jimenez T., mayor de edad con No. de identidad 1041775472 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Lucas, raza criolla, edad 6 meses, sexo Macho, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal, las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes medicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido o omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE. ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

Natalia J
1041775472.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

CURAR VET

Yo. María, mayor de edad con No. de identidad 1397697 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos medicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Alaska, raza Husky, edad 11 años, sexo Hembra, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA. RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones especificos que pueden surgir a raiz de estos procedimientos mencionadas. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de el pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal. las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantias absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimiestos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar examenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podria requerir de la tranquilizarían, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico he dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalizacion tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE **PROPIETARIO O RESPONSABLE**

María. Cecilia

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

CURAR VET

Yo, Talia Uribe, mayor de edad con No. de identidad 1615064421 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curavet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Felipe, raza Criolla, edad 3 meses, sexo Hembra, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones.

1. INFORMACIÓN MÉDICA. RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal. las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilizantes, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalizacion tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

Edey Talia Uribe Lopez

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

CURAR VET

Yo. Orly Mejías, mayor de edad con No. de identidad 32140451 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curavet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Frijoles, raza Criollo, edad 1 año, sexo Macho, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA. RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que éstos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas medicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) medico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como: curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

Orly Mejías
32140451

CURAR VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo. Yelsa Palacio, mayor de edad con No. de identidad 1035872293 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curavet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Mia, raza Criollo, edad 2años, sexo Hembra, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conlleva. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas medicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Esto hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de el pueden surgir complicaciones tales como, infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal. las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de le salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que si no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilizarian, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalization tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de suturas y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

Yelsa Palacio Mosquera
1035872293

CURAR VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Nadia Rendon, mayor de edad con No. de identidad 43117198 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curavet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realizacion de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota COKI, raza Cocker edad 3 años, sexo Macho, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y acuerdo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilizacion/castración

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas medicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal, las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omision son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirurgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE. ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, no uso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriben, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalizacion tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

Nadya Rendon
43117198. Belo

CURARVET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Wilfredo Cabrera, mayor de edad con No. de identidad 1007665285 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrandome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Nikki, raza Criolla, edad 8 años, sexo Hembra, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones.

1. INFORMACIÓN MÉDICA. RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castracion.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES. ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones especificos que pueden surgir a raiz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal, las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE. ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalizacion tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

Wilfredo Cabrera

1007665285

CURAR VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Kevin David, mayor de edad con No. de identidad 1.015.006.823, habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrandome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Gabriel, raza Criolla, edad 4 años, sexo Hembra, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones especificos que pueden surgir a raiz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos medicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual estan involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de el pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiologicas por variaciones anatomicas individuales, reacciones adversas a medicamentos o incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omision son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento medico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO que para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podria requerir de la tranquilizarian, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, asi como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalizacion: tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de habitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

1.015.006.823

CURAR VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Margot Echeverria, mayor de edad con No de identidad 43156141 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curavet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Heidi, raza Criolla, edad 8 meses, sexo Hembra, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA. RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES. ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal, las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA. ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esto.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como: curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

Margot Echeverria

43156141

CURAR - VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Yuli Rios, mayor de edad con No de identidad 522867, habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Chopetal, raza Criollo, edad 6meses, sexo Macho, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas medicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos. por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar examenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realizacion de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilizarian, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios-posthospitalizacion tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

- Rios Yuli
- 522867 -

CUIDAR . . VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Gerardo Ruiz, mayor de edad con No de identidad 12296481, habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Cuidar-vet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Piki, raza criollo, edad 5 años, sexo macho, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones.

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilizacion/castracion

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones histológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal. La posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realizacion de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios-posthospitalizacion tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

Gerardo Ruiz

CC 12964681

CURAR VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Zenobia Cifuentes, mayor de edad con No de identidad 43095 104 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Zuriel, raza Criolla, edad 1año, sexo Hembra, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones

1. INFORMACIÓN MÉDICA RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son Esterilización/castracion

2 RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal, las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido o omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3 ANESTESIA ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilizantes, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta

4 OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios-posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

Zenobia Cifuentes M

43095 104

CURAR VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Ricardo Acevedo, mayor de edad con No. de identidad 1039919866 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curavet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorizacion, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realizacion de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Sasha, raza Criolla, edad 6 meses, sexo Hembra, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones especificos que pueden surgir a raiz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento medico y/o quirurgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de el poder surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatomicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/postbospitalizacion tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de habitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

Ricardo Jesus Acevedo T

1039919866

CUPAR VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Valentina Munera, mayor de edad con No de identidad 1035877544 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curavet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Alfred, raza Criolla, edad 8 meses, sexo Hembra, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones

1. INFORMACIÓN MÉDICA. RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas medicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA. ACEPTO Y COMPRENDO para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilizarían, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

Valentina Munera
1035.877.544.

CURAR VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Valentina Muneca, mayor de edad con No. de identidad 1095877544 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curavet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Aguila, raza Criolla, edad 1 año, sexo Hembra, de quien soy su representante en este momento. Dicho consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones

1. INFORMACIÓN MÉDICA. RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES. ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los medicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento medico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que a. no realizar examenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

Valentina Muneca

1095877544

CURAR · VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Maria Paz, mayor de edad con No. de identidad 1002135991 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curavet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Luna, raza Pitbull, edad 1 año, sexo Hembra, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones

1. INFORMACIÓN MÉDICA. RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castracion.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal, las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA. ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE. ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalizacion tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

Maria Paz Sampedro

1002135991

CUIDAR . VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Diego León Cano, mayor de edad con No de identidad 71596734 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Cuarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota PIGAO, raza CRIOLLO, edad AÑOS, sexo MACHO, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se lleva bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA. RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización castración

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal. Las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión sea de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como: curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

Diego Cano.
71'596.734.

CURAR VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Tamara Chaviera, mayor de edad con No. de identidad 43913396 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curavet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Mono, raza Criollo, edad 1año, sexo Macho, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACION MÉDICA. RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son. Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES. ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento medico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE. ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalizacion tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

Aquiles
43913396

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

CURAR VET

Yo, Maribel Chaverra, mayor de edad con No de identidad 43836695 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Arco, raza Criollo, edad 2 años, sexo Macho, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones.

1. INFORMACIÓN MEDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son. Esterilización/castración

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES. ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de el pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal, las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se puedan minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que el no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor

3. ANESTESIA. ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (la) medico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

Maribel Chaverra

43.836.695

CURAR VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo. Marta Uribe, mayor de edad con No de identidad 4400 6157 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curavet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Maya, raza Criolla, edad 4 meses, sexo Hembra, de quien soy su representante en este momento. Este consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES. ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE. ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

Marta Uribe
4400 6157

CURAR VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo. Alonso Echavarria, mayor de edad con No de identidad 1019263792 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrandome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de anuencia, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Coco, raza Criollo, edad 10 meses, sexo Macho, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilizacion/castracion.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES. ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones especificos que pueden surgir a raiz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento medico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal, las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión será de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento medico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA. ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnosticos o médicos puede ser necesaria la inmovilizacion de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) medico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalizacion tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

Harisol Ortiz
1077263792

CURAR VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo. Rodrigo Guerrero, mayor de edad con No de identidad 501C4168 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curavet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Pepe, raza CRIOLLO, edad 10 MESES, sexo MACHO, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se forma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal). Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos o incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido o omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (la) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

Rodrigo A Guerrero
501C4168

CURAR VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo. Yoriedy Muñoz, mayor de edad con No de identidad 34944594 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curavet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos medicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Dolly, raza Criolla, edad 1 año, sexo Hembra, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones

1. INFORMACIÓN MÉDICA. RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones especificos que pueden surgir a raiz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y a raíz de él pueden surgir complicaciones tales como: Infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal, las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FÉ que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor

3. ANESTESIA. ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesario la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE. ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (la) medico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalizacion tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

Yoriedy Muñoz
34944594

CURAR VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Yazmin Restrepo, mayor de edad con No de identidad 3941 3982 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Oso, raza Criollo, edad 5 meses, sexo Macho, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones

1. INFORMACION MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conlleven. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de el pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) medico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

Yazmin Restrepo
39413982.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Yamin Restrepo, mayor de edad con No de identidad 39443392 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curavet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Lyo, raza Criollo, edad 1 año, sexo macho, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones

1. INFORMACIÓN MÉDICA. RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castracion

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas medicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor

3. ANESTESIA. ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realizacion de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilizarian, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE. ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalizacion tales como: curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

Yasmin Restrepo
39443392

CURAR VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Yasmin Restrepo, mayor de edad con No de identidad 2141 3982 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curavet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Cria, raza Criolla, edad 5 meses, sexo Hembra, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas medicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal. Las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento medico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar examenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) medico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéricas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

Yasmin Restrepo

3982

CURAR VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Blanca Zuluaga, mayor de edad con No de identidad 43038742 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curavet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Bolita, raza Criolla, edad 1año, sexo Hembra, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones.

1. INFORMACIÓN MEDICA. RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de el pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal. Las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión ser de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos estan plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor

3. ANESTESIA. ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnosticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esto.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

Blanca Zuluaga
43038742

CLINICA VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Yaneida Echeverria, mayor de edad con No de identidad 1035223611 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Clinivet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos medicos y/o quirurgicos que sean necesarios para mi mascota Princesa, raza Criolla, edad 1año, sexo Hembra, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salué de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES. ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones especificos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento medico y/o quirurgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirurgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de el pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal: las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento medico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA. ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilizarían, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE. ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios-posthospitalizacion tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

Yaneida
PROPIETARIO O RESPONSABLE

1035223611

CURAR VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Silvia Bravo, mayor de edad con No. de identidad 1146435095 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Espiga, raza Criolla, edad 6 años, sexo Hembra, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones

1. INFORMACIÓN MÉDICA. RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal. Las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA. ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilizarían, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE. ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (la) médico he dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como: curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

Silvia Bravo

1146435095

CURAR . VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Jean Carlo Gomez, mayor de edad con No. de identidad 1013 642628 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Lulú, raza Criolla, edad 1 año 3m, sexo Hembra; de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1 INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y acuerdo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración

2 RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos o incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor

3 ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como: curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

1013642628

CURAR VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Fabiana Fernanda ____, mayor de edad con No. de identidad 1020142839 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curavet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Dulce, raza Mixta, edad 6 años, sexo Hembra, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MEDICA RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/postohospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

Fabiana Fernanda
1020142839

CURAR VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo. Edgar Tapia, mayor de edad con No de identidad 1042763584, habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Esteban, raza Criollo, edad 3 años, sexo Macho, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones.

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos o incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o curúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/poshospitalizacion tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

Edgar Tapia

1042763584

CURAR VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Daniela Galeano, mayor de edad con No de identidad 1036680181 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Pluto, raza Criollo, edad 1 año, sexo Macho, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización-castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal, las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilizarían, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE. ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (la) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

- Daniela Galeano
- 1036680181

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

CURAR VET

Yo, Esteban de la Osa, mayor de edad con No. de identidad 98989894, habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curavet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Wolf, raza Criollo, edad 2 años, sexo Macho, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACION MÉDICA. RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES. ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría recurrir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE. ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

Esteban de la Osa

98-989-894-Cédula

CURAR VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Orlando de la Osa, mayor de edad con No. de identidad 39-123-239 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curavet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Nala, raza Criolla, edad 4 años, sexo Hembra, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones.

1. INFORMACION MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal: las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (la) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

Orlando de la Osa

39-123-239-(illegible)

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

CURAR VET

Yo. Jenifer Gonzalez, mayor de edad con No de identidad 1019468224 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Bonnie, raza Criolla, edad 6 meses, sexo Hembra, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones

1 INFORMACIÓN MEDICA. RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan Tales procedimientos a realizarse son Esterilización/castración

2 RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de el pueden surgir complicaciones tales como infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatomicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal, las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor

3 ANESTESIA. ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnostico o medicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilizarian, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4 OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE. ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (la) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalizacion, tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de habitos que se indiquen

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

Jenifer Gonzalez Vasquez

1019468224

CURAR VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Victor Bracamonte, mayor de edad con No de identidad 11-06270, habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Nadie, raza Criolla, edad 10 años, sexo Hembra, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACION MÉDICA RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal, las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE. ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (la) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

Victor Bracamonte

11-10627o

CURAN VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Ines Rodolfi, mayor de edad con No. de identidad 2170621, habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curavet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Rodolfi, raza Criolla, edad 2 años, sexo Hembra, de cuyo soy su representante en este momento. Ese consentamiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (la) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

Ines Lucia Rodolfi
2170621

CURAR VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Fabian Rivera, mayor de edad con No de identidad 1003693653 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorizacion, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Canela, raza Criolla, edad 4M 4d, sexo Hembra, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización-castracion

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones especificos que pueden surgir a raiz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirurgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas medicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiologicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal. Las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes medicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los medicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantias absolutas de los resultados del tratamiento medico y/o quirurgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirurgicos pueden conllevar a un riesgo mayor

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirurgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podria requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (la) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriben, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalizacion tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

1003693653

CURAR VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Camila Hernandez, mayor de edad con No de identidad 1000953013 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curavet, y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Miguel, raza Criolla, edad 1 año, sexo Hembra, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal. Las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor

3. ANESTESIA. ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE. ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

Camila Hernandez

1000953013

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

CURAR · VET

Yo, Diana Duarte, mayor de edad con No. de identidad 42149923 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirurgicos que sean necesarios para mi mascota Bambi, raza Criolla, edad 2años, sexo Hembra, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se rinde bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES. ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones especificos que pueden surgir a raiz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos medicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal, las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido o omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos estan plenamente justificados para la recuperacion de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirurgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA. ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realizacion de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilizacion de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podria requerir de la tranquilizacion, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE. ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, asi como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalizacion tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

Diana Duarte
42149923

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

CURAR VET

Yo, Carla Salazar, mayor de edad con No. de identidad 1064624911 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrandome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Kiki, raza Criolla, edad 1año, sexo hembra, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones

1 INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conlleven. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2 RIESGOS Y COMPLICACIONES. ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de el pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal, las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los medicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento medico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirurgicos pueden conllevar a un riesgo mayor

3 ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilizarían, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4 OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE. ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico he dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalizacion tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

Carla Salazar .S
1064624911

CURARVET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Oscar Alejandro, mayor de edad con No de identidad 1713420250, habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Fifi, raza Criolla, edad 10 años, sexo Hembra, de quien soy su representante en este momento. Este consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES. ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA. ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

0923025536

CUNAVET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Jorge Mena, mayor de edad con No. de identidad 4000184870 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Cunavet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos medicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Kiwi, raza Criollo, edad 10 meses, sexo Macho, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conlleven. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES. ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento medico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos medicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal. las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos estan plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE. ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (la) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalizacion: tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se infiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

Jorge
1000184870

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

CURAR VET

Yo, Sheila Espinosa, mayor de edad con No de identidad 1723788777 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curavet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Toby, raza Criollo, edad 2 años, sexo Macho, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal, las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO que para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (la) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

Sheila Espinosa G

1723788777

CURAR VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Tatiana Rodriguez, mayor de edad con No. de identidad 1201-2000-[illegible], habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y o quirurgicos que sean necesarios para mi mascota Lucy, raza Criolla, edad _____, sexo Hembra, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES. ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen a pesar riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal, las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos estan plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar examenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor

3. ANESTESIA. ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realizacion de procedimientos quirurgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podria requerir de la tranquilizarian, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE. ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (la) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalizacion tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

Duvan

CURAR VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Rafael Mosquera, mayor de edad con No. de identidad 2[illegible]6 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Bijar, raza Criollo, edad 4 años, sexo Macho, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1 INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES. ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal. las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3 ANESTESIA ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilizarían, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4 OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dado de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

Rafael
22-3-2019

CURAVET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Rafael Mendez, mayor de edad con No de identidad 1234654441, habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curavet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Lucy, raza Pitbull, edad 1 año, sexo Hembra, de quien soy su representante en este momento. Este consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACION MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilizacion-castracion.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual estan involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él, pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiologicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presentan, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnosticos o médicos puede ser necesaria la inmovilizacion de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podria requerir de la tranquilizarían, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) medico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios posthospitalizacion tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

Rafael Mendez

1034654441

CURAR . VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Yuris Lopez, mayor de edad con No de identidad 1226932041 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Scooby, raza Criolla, edad 4 años, sexo Macho, de quien soy su representante en este momento. Este consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA. RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES. ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los medicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA. ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnosticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE. ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalizacion tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

Yuris Lopez

CURAR :VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Jessica Holguin, mayor de edad con No de identidad 1152694571 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Lola, raza Criolla, edad 4 AÑOS, sexo Hembra de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización-castración

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de el pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal: las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento medico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA. ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilizarían, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

Jessica Holguin
1.152.694.571

CURAR VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Jessica Holguin, mayor de edad con No de identidad 1152694511 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realizacion de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Bruno, raza Border, edad 6 años, sexo Macho, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones especificos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal, las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA. ACEPTO Y COMPRENDO tener para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o medicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE. ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalizacion tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

Jessica Holguin
1152.694.511

CUBAS VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Jessica Holguin, mayor de edad con No. de identidad 1152694511 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Cubavet y encontrandome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Bella, raza Yorkie, edad 1 año, sexo Hembra, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilizacion/castración

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal. Las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar examenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalizacion tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

Yessica holguin

11.3.694-511

CURAR :: VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo. Yuri Bosio, mayor de edad con No de identidad 1026-2018 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curavet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos medicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Mimi, raza Criolla, edad 1 año, sexo Hembra, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorize a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES. ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones especificos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal. Esa posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirurgicos, diagnosticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalizacion tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

Yuri Bosio
1026-2018

CURAR VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Cristina Quiroga, mayor de edad con No. de identidad 1102810202 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Bili, raza Criolla, edad 6 meses, sexo Hembra de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACION MÉDICA RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (la) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como: curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

Cristina Quiroga

1102810202

CURAS . VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Adriana Londoño, mayor de edad con No. de identidad 24934213 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curavet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Lola, raza Criolla, edad 6 años, sexo Hembra, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal. las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que a. no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (la) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

24934213

CORPOSER

SERVICIO PRESTADO	CANTIDAD
ORQUIECTOMIA FELINOS	35
OVH FELINOS	41
ORQUIECTOMIA CANINOS (MENORES DE 15KG)	13
ORQUIECTOMIA CANINOS (MAYORES DE 15KG)	8
OVH CANINOS (MENORES DE 15KG)	19
OVH CANINOS (MAYORES DE 15KG)	10
TOTAL	126

TABLA DE SERVICIOS	
Descripción de Servicio	**Cantidad**
Cajas plásticas para Almacenamiento Veterinario, 30 cm (largo) x 20 cm (ancho) x 15 cm (alto). Con tapa y asas para facilitar el transporte. para Almacenamiento de medicamentos, instrumentos y otros insumos veterinarios dentro de la unidad móvil	9
Alquiler Atril porta suero, Base: 3 o 4 patas con ruedas, Altura ajustable: 1.20–2.10 m. Acero inoxidable, Ganchos: 2–4 para bolsas de suero	6
Alquiler de Mesas en Acero inoxidable AISI 304, Superficie lisa, bordes redondeados, patas ajustables (Largo: 120–150 cm, Ancho: 60–70 cm, Altura: 80–90 cm	9
Alquiler Colchonetas Espuma de alta densidad con cubierta impermeable y lavable, Antideslizante, fácil de desinfectar para recuperación de pacientes (60–70 cm (A) x 100–120 cm (L) x 5–10 cm E)	9
Alquiler de Canecas de basura (2 verdes, 2 rojos) Capacidad: 10 litros. Plástico resistente de alta densidad, con tapa vaivén, 35.5 cm (alto) x 21 cm (ancho) x 35.5 cm (largo)., Colores y usos: * Rojo: Para residuos peligrosos (riesgo biológico) * Verde: Para residuos orgánicos aprovechables	12
Alquiler Ventilador industrial Base estable, inclinación ajustable, velocidades múltiples, 18–24 pulgadas. Voltaje: 110–220 V, Capacidad: 3.000–5.000 CFM DESCRIBIR CARACTERISTICAS	6
Alquiler lavamanos en Acero inoxidable AISI 304, Grifo cuello cisne,	3

COAPOSER

TABLA DE SERVICIOS	
Descripcion de Servicio	**Cantidad**
desagüe de 3" respaldo sanitario de 6 cm, Poda' (35 x 25 x 15 cm)	
Alquiler Guacal plástico reforzado (hasta 40 kg), (60 cm (largo) x 40 cm (ancho) x 42.5 cm (alto)), Puerta con cierre de presión, ventilación lateral, mango ergonómico para transporte certificación IATA	30
Alquiler Carpas tipo camerino lona impermeable, estructura metálica. cubiertas con laterales completos, removibles, fácil montaje y transporte (4 x 4 m , 3 m altura)	9
Alquiler reflectores Led 400w Exterior Luz Blanca Alta Potencia	6
Alquiler de generador eléctrico portátil (3.000- 5.000 W. gasolina, insonorizado)	3
Sillas en Polipropileno aptas para interiores y exteriores, 42 ancho. 46 largo, 86 alto, 43 altura asiento	30

CORPOSEA

SE ANEXA FOTOGRAFÍAS DE LAS JORNADAS



CORPOSER



301 289 08 63

Centro Comercial Metrobello

CORPOSER



info corposer@gmail.com
+1 301 289 08 63
Centro Comercial Metrobello

CORPOSER









corposer@gmail.com 301 269 06 63 Centro Comercial Metrópolis
Local 3-3 La Alpujarra Medellín

CORPOSER





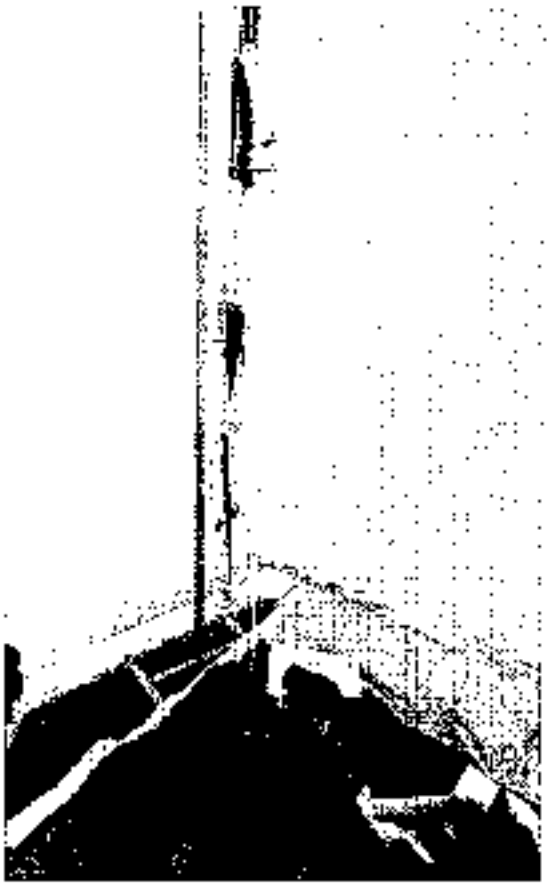
info.corposer@gmail.com

301 289 08 53

Centro Comercial Metrópolis

CORPOSER





info.corposer@gmail.com

301 289 08 53

Centro Comercial Metrópolis

CORPOSER









info.corposer@gmail.com

+1 301 289 08 63

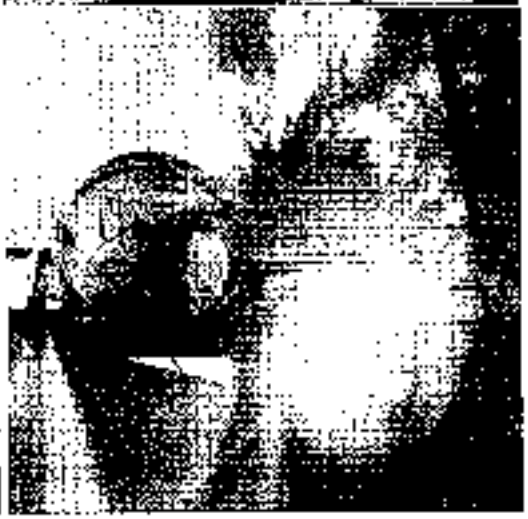
Centro Comercial Metrobello

CORPOSER



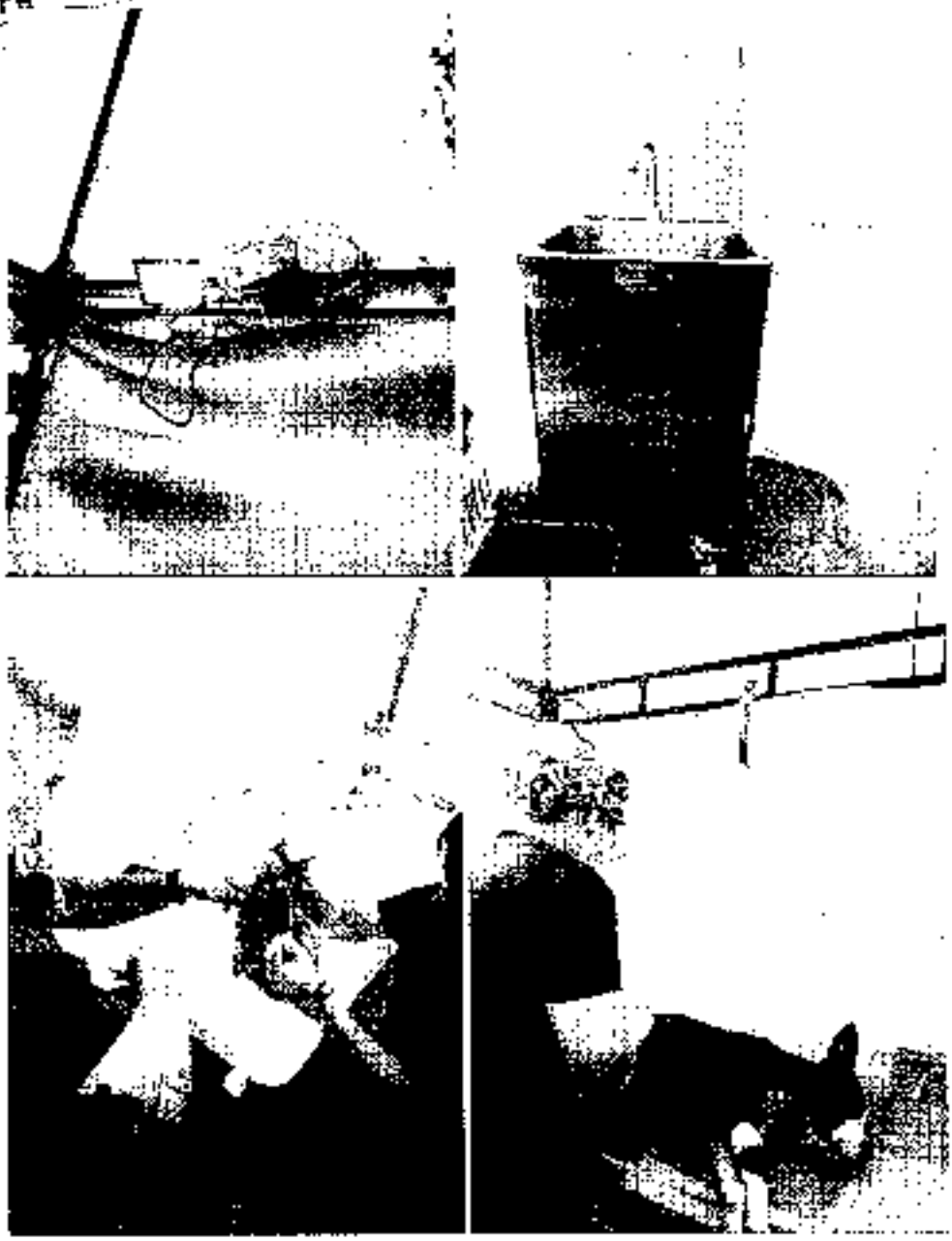






info.corposer@gmail.com 301 239 08 63 Centro Comercial Metrópolis

CORPOSFA

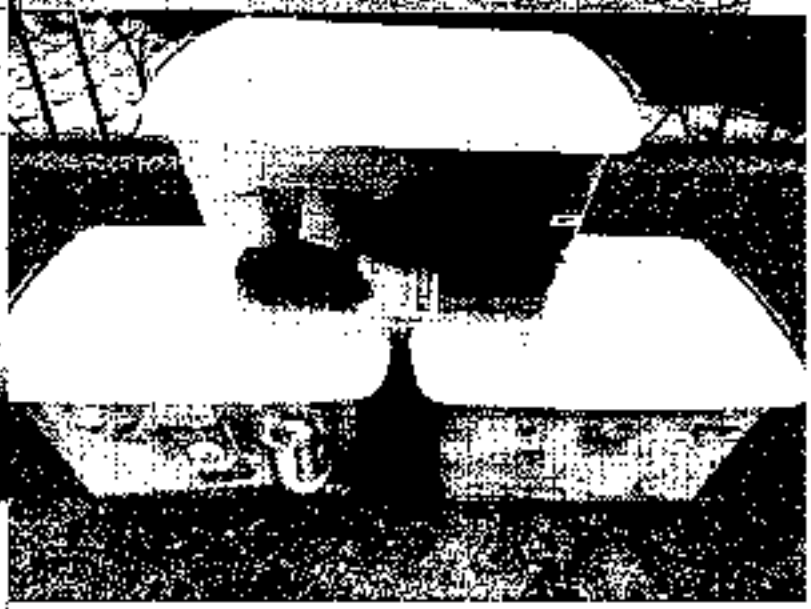


info.corposer@gmail.com 301 289 08 83 Centro Comercial Metrópolis
Calle 69 # 10-18 Oficina 339

CORPOSER





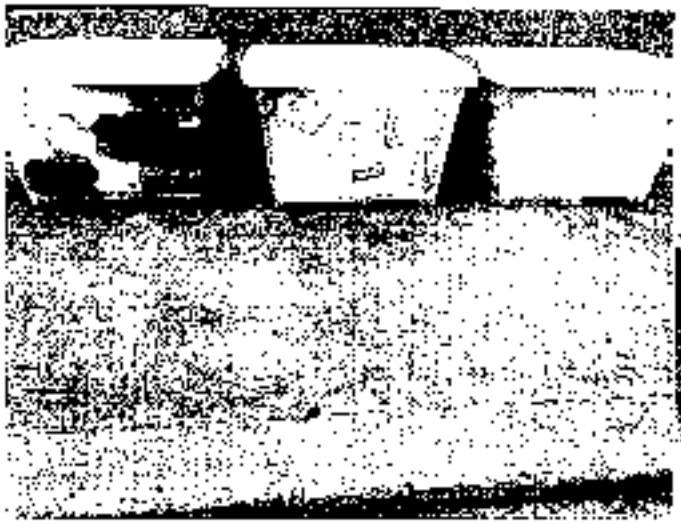


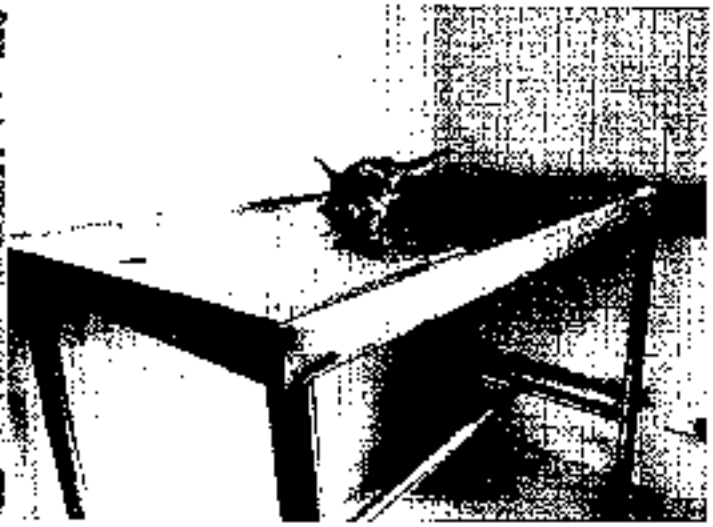
info.corposer@gmail.com

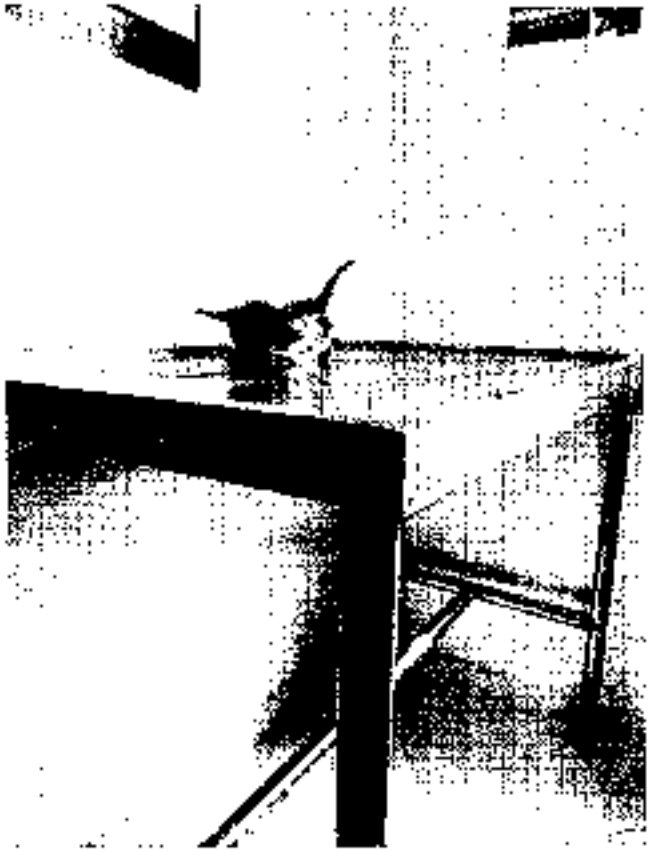
301 289 08 63

Centro Comercial Metrobello

CORPOSER









corposer@gmail.com

301 289 06 63

Centro Comercial Metrobelo

7. CORRALES CON CARPA TIPO CAMERINO PARA ALOJAMIENTO TEMPORAL DE FAUNA EN EMERGENCIA:

Durante las primeras fases de atención a la población afectada por el deslizamiento, se identificó una situación crítica relacionada con el manejo de los animales de compañía en los albergues temporales. Muchas personas evacuadas llegaron a los puntos de atención acompañadas de sus mascotas, lo que, aunque refleja un fuerte vínculo humano-animal, generó múltiples retos logísticos y sanitarios. La alta concentración de personas y animales en un espacio común dificulta el control individual de los animales, ya que los tutores no contaban con elementos físicos para mantenerlos en un sitio fijo, bajo vigilancia constante.

Esta falta de contención generó situaciones de riesgo tanto para los animales como para las personas, incluyendo peleas entre ejemplares, extravío de animales, agresiones, y exposición a condiciones ambientales adversas. Ante esta problemática, el equipo técnico determinó la necesidad de implementar medidas urgentes para mitigar estos riesgos.

Identificación del problema

A partir de las observaciones de campo realizadas en los primeros días de la emergencia, se evidenció que la convivencia simultánea de personas y animales en espacios cerrados sin condiciones adecuadas para la fauna representaba un riesgo sanitario, organizativo y de bienestar. Esta identificación permitió reconocer que era necesario establecer zonas específicas y seguras para el alojamiento de los animales de compañía

Evaluación de alternativas

El equipo veterinario y logístico, en conjunto con las autoridades responsables de la atención de la emergencia, procedió a evaluar las posibles soluciones disponibles. Se analizaron diferentes opciones para generar espacios controlados que permitieran alojar

a los animales sin comprometer su integridad ni interferir con la operatividad del albergue para humanos. Se prioriza la instalación de corrales móviles con estructuras adaptables y materiales resistentes, capaces de ofrecer un entorno seguro, higiénico y delimitado.

Estudio de los albergues y ubicación estratégica

Se realizó un estudio técnico de los albergues habilitados, principalmente en la Institución Educativa Fe y Alegría y Didascalio, para identificar zonas estratégicas dentro de sus instalaciones, donde los corrales pudieran ser ubicados sin representar un riesgo para los animales ni interferir con el tránsito de personas, rutas de evacuación, áreas de descanso o zonas de servicios básicos. Se seleccionaron sitios con acceso a sombra, buena ventilación natural y superficie estable que permitiera la correcta fijación de las estructuras.

Suministro, transporte e instalación

Una vez definida la solución, se procedió a la implementación del servicio mediante el suministro, transporte e instalación de dos (2) corrales móviles con carpa tipo camerino. Estas estructuras fueron diseñadas con características técnicas adecuadas para su uso en campo, incluyendo:

- Carpas tipo camerino de 4 × 4 metros y altura de 3 metros, elaboradas en lona impermeable de alta resistencia, apta para exteriores.
- Estructura metálica galvanizada, de alta durabilidad y resistencia mecánica.
- Laterales removibles, sistema de anclaje rápido, y ventilación cruzada que permitía mantener condiciones higiénicas y térmicas adecuadas.
- Adaptabilidad para terrenos irregulares, facilitando su instalación en diferentes puntos sin necesidad de adecuaciones previas complejas.
- Espacios internos diseñados para permitir un manejo seguro, accesible y limpio de los animales.

Adicionalmente, con el fin de garantizar que los corrales pudieran ser utilizados tanto para caninos como para felinos, se implementaron modificaciones específicas: se instalaron paneles con rejillas de malla de menor calibre en las paredes de los corrales, evitando así posibles fugas o lesiones en gatos, y adaptando los espacios para brindar contención apropiada según la especie.

Servicios complementarios y continuidad operativa

Junto con la instalación de los corrales, se adecuaron puntos de hidratación y alimentación para la fauna, con recipientes diferenciados por especie, asegurando el acceso permanente a agua limpia y alimento seco. Estas medidas garantizan condiciones mínimas de bienestar durante la permanencia de los animales en los albergues, Adicionalmente, en el lugar se dispuso de personal encargado de la vigilancia y mantenimiento de los animales y de las instalaciones, asegurando atención continua las 24 horas del día

Posteriormente, una vez se produjo el traslado de los habitantes al albergue de Casa Bethania, se organizó la reubicación de los corrales a ese nuevo punto, asegurando la continuidad del servicio sin interrupción. Este traslado se realizó con previa verificación del terreno y condiciones del entorno, replicando el mismo proceso de evaluación y adecuación técnica.

Se anexa a continuación un cuadro resumen en el que se detallan los días calculados por 24 horas en que se brindó el servicio así como los lugares donde fueron instalados los corrales móviles, desde el inicio hasta la finalización de la prestación del servicio. Esta información facilita el seguimiento cronológico y geográfico de la atención prestada a la fauna afectada por el deslizamiento

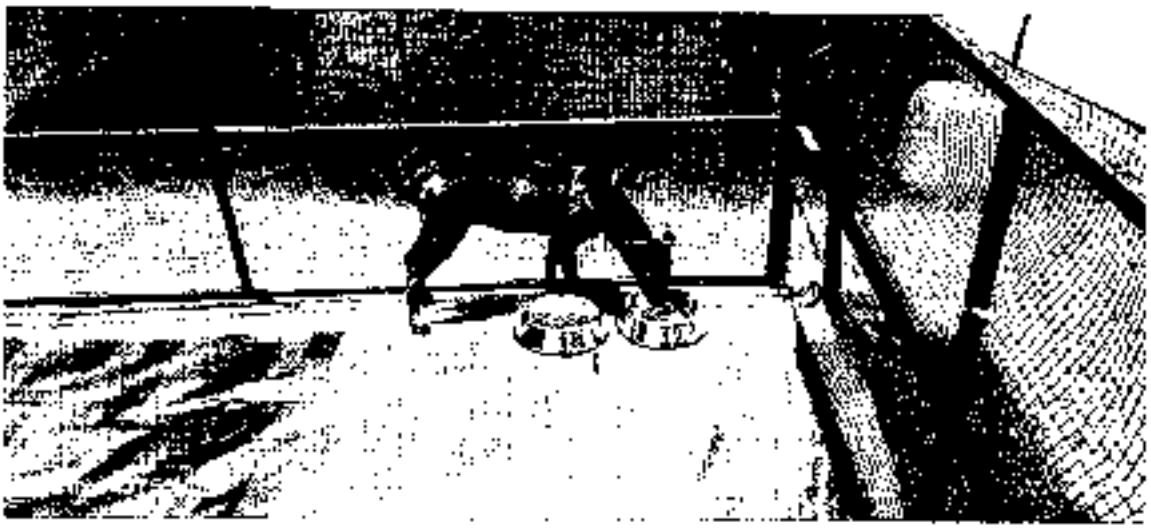
CORPOSER

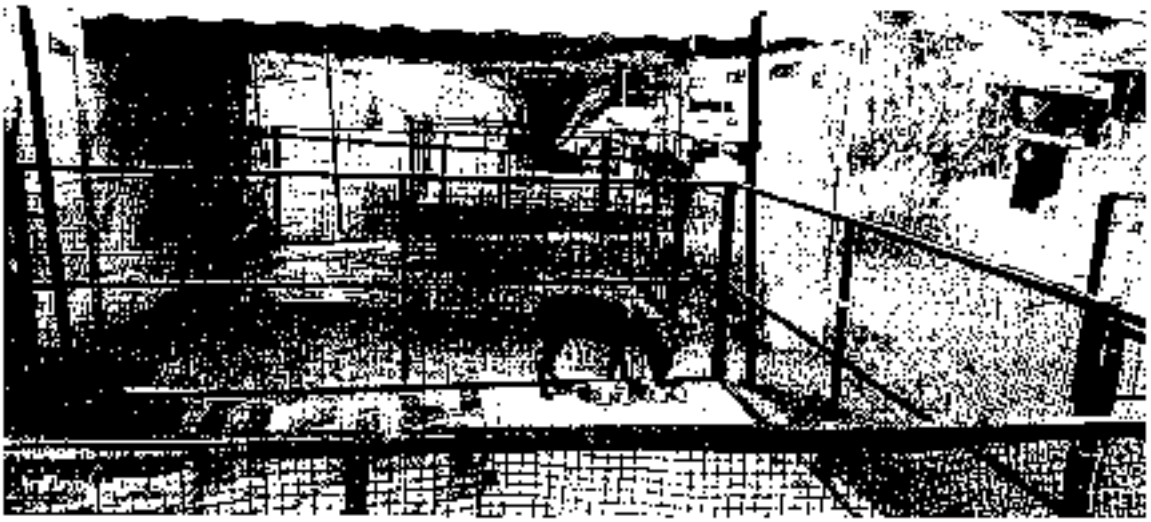
PRODUCTO	CANTIDAD	LUGAR	TOTAL DÍAS	FECHA INICIO	FECHA FINALIZACIÓN
		DONACIÓN			
		COLEGIO LA ALEGRÍA			
		COLEGIO LA ALEGRÍA			
		CASA REPOSADA			

info.corposer@gmail.com 301 209 00 63 Centro Comercial Matrobello

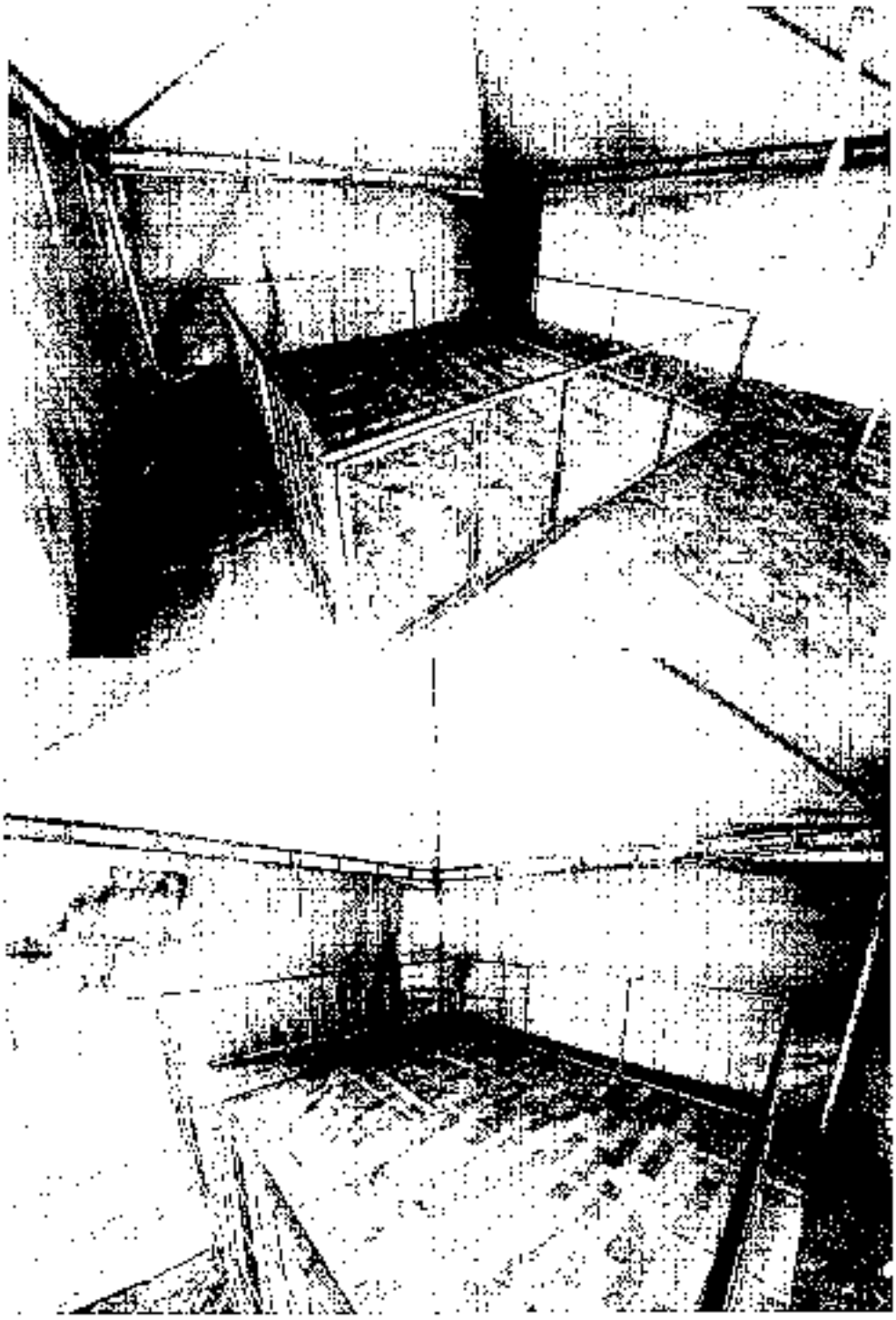
CORPOSER

ANEXO FOTOGRAFÍAS





CORPOSER



info.corposer@gmail.com 301 289 06 83 Centro Comercial Metrobello

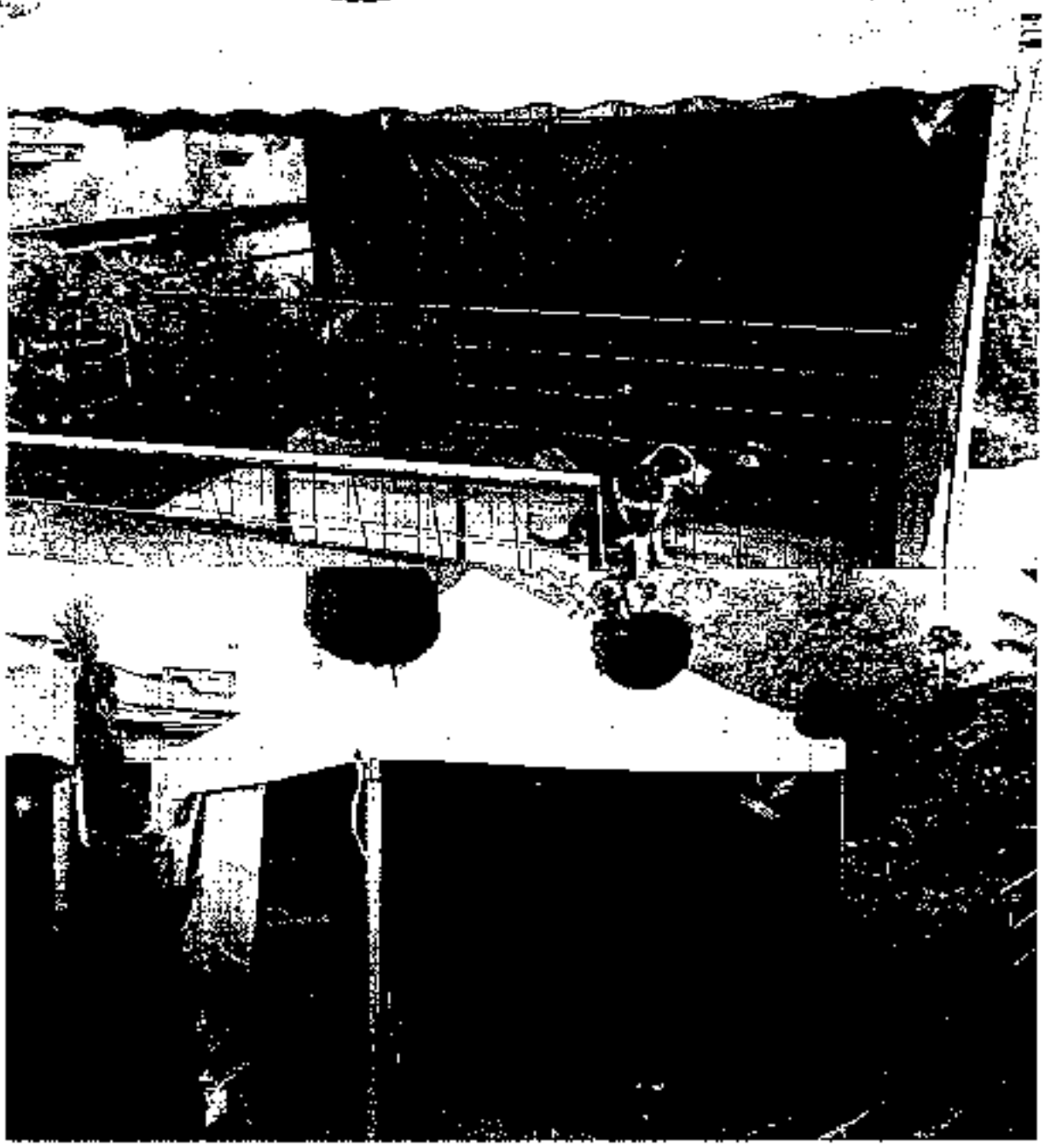
CORPOSER



info.corposer@gmail.com

301 289 08 63

Centro Comercial Metropolis







info.corposer@gmail.com
301 289 08 63
Centro Comercial Metrobello
Carrera 46 #K Granada

El presente informe tiene como finalidad proporcionar una visión detallada y clara de las acciones ejecutadas en el marco de la atención a la fauna doméstica afectada por la emergencia, haciendo énfasis en el funcionamiento de los albergues temporales, los servicios prestados a los animales y a sus tutores, así como en los procedimientos técnicos, clínicos y logísticos que se llevaron a cabo.

Se describen en este documento las diferentes estrategias implementadas, tales como la instalación de corrales móviles, la atención médica veterinaria en campo y hospitalización, las jornadas de esterilización, la alimentación diaria, entre otros componentes fundamentales. Asimismo, se resalta el impacto positivo de estas acciones en términos de bienestar animal, salud pública y control sanitario.

El informe también evidencia el compromiso de las entidades ejecutoras por atender de forma responsable, ética y flexible las necesidades emergentes de la comunidad y de sus animales, dando respuesta oportuna a los requerimientos adicionales que surgieron durante el desarrollo del proceso.

Esta información permite no solo una evaluación precisa y transparente de la gestión realizada, sino que también fortalece la confianza en la capacidad institucional para brindar una atención integral, segura y de alta calidad en contextos de emergencia.

ANEXOS:

- SEGURIDAD SOCIAL.
- HISTORIAS CLINICAS DE LOS USARIOS
- DEMÁS SOPORTES REQUERIDOS POR EL CONTRATANTE.

Cordialmente,

GLORIA EUGENIA GARCES ARBOLEDA
Representante Legal
CORPOSER

Ver contrato

ÁREA DE APROBACIÓN

Plazo de ejecución *

SOBRE DETALLES

1 Información general

Volver

Evaluar proveedor Imprimir Modificar

Identificación del contrato

ID del contrato en SECOP	CO1.PCCNTR.8710334
Versión del contrato	1
Estado de contrato	En ejecución
Fecha de generación del estado	1 días de tiempo transcurrido
Número del contrato	CD-1aT2-2025
Objeto del contrato	ATEALCIN DEAN MAGES EN SITUACIÓN DE URGENCIA AFECTADOS POR LA EMERGENCIA PRESENTADA EN LA VEREDA GRANIZAL DEL MUNICIPIO DE BELLO EN EL MARCO DE LA DECLARATORIA DE CALAMIDAD PÚBLICA 2025040010291 - DEL 25 DE JUNIO DE 2025 Y LA URGENCIA MANIFIESTA 2025000008468 DEL 25 DE JUNIO DE 2025
Tipo de Contrato	Otro
¿Adicionado a otro contrato?	SI NO
Duración del contrato	30 Días
Fecha de inicio de contrato	0 días de tiempo transcurrido
Fecha de terminación del contrato	6 días para terminar
Tiempo adiciones en días	0 días
Liquidación	SI No *
Fecha de inicio de liquidación	29 días para iniciar
Fecha fin de liquidación	19-07-2026 11:00:00 PM
Obligaciones Ambientales	SI No *
Obligaciones pos consumo	SI No
Reversión	SI No

Información de la Entidad Estatal contratante

ALCALDIA MUNICIPIO DE BELLO

Información de Proveedor contratista

CORPCEES

Cuenta bancaria del proveedor

Proveedor	Nombre del banco	Tipo de cuenta	Número de cuenta
CORPORACION ARQUITECTURA DE SERVICIOS PROFESIONALES Y TECNICOS			

Aprobación del contrato

Aprobador – Proveedor

Aprobado por:	CLAUDIA PATRICIA GARCES ARQUITECTA	Fecha de aprobación:	16/12/2025 4:34:43 PM (UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito

Aprobador – Entidad Estatal

Aprobado por:	FRANCISCO JAVIER FONTECHA CARDENAS	Fecha de aprobación:	17/12/2025 7:36:25 AM (UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito

Contrato Firmado: CO1_PCCNTR_[illegible]

Contrato en ejecución: CO1_PCCNTR_[illegible]

Información del contrato

Tipo de proceso:	Contratación directa
Unidad de contratación:	SECRETARIA DE HABITAT, VIVIENDA Y DESARROLLO TERRITORIAL
Proceso de Contratación:	CO 1.PPI.8...
Tasa de la oferta:	
Objeto del contrato:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES...

MINUTA CONTRATACIÓN DIRECTA
PERSONA JURÍDICA

CONTRATO Nro. _____

Dpto. Secret.	Fecha	Dependencia (Tipo de contratación)	Modalidad	Año	Consecutivo

CONTRATO Nº: 1130 - CD - C1 - CD - 2025 - _____

MODALIDAD:	CONTRATACIÓN DIRECTA
CONTRATANTE:	MUNICIPIO DE BELLO - NIT 890.980.112-1
CONTRATISTA:	CORPORACIÓN ANTIOQUEÑA DE SERVICIOS PROFESIONAL Y TÉCNICOS CORPOSER NIT N°900350518-4 representada legalmente por Gloria Eugenia Garcés Arboleda CC 43.494.609
OBJETO:	ATENCIÓN DE ANIMALES EN SITUACIÓN DE URGENCIA AFECTADOS POR LA EMERGENCIA PRESENTADA EN LA VEREDA GRANIZAL DEL MUNICIPIO DE BELLO, EN EL MARCO DE LA DECLARATORIA DE CALAMIDAD PÚBLICA 2025040000250 DEL 25 JUNIO DE 2025 Y LA URGENCIA MANIFIESTA 2025000008456 DEL 25 DE JUNIO DE 2025
VALOR:	CUATROCIENTOS TRECE MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL SESENTA Y UN PESOS M/L ($413.644.061)
PLAZO:	TREINTA (30) DIAS

CDP	CDC	RUBRO	PROYECTO	VALOR A AFECTAR	FECHA
[illegible]	279	04.45.12.042.2024050 690025183.15.01.2.3 2.02.02.008.01.01.065 9.3091199.	PP Otros servicios administrativos del gobierno n.c.p – Animales Asistencia – Adeudos.	$413.644.061	03-12-2025

Entre os suscritos a saber, **FRANCISCO JAVIER ECHEVERRI CARDENAS**, mayor de edad identificado con la cédula de ciudadanía número 98.594.677, expedida en el Municipio de Bello debidamente mediante Decreto Municipal N°2024040000001 del 01 de enero de 2024, cargo para el cual tomo posesión mediante acta Nro 021 de 07 de enero de 2025, en uso de las facultades para contratar conforme lo dispuesto en los artículos 315 de la Constitución Política, 11 de la Ley 80 de 1993, 91 (numeral 5) y 92 de la Ley 136 de 1994 de la Ley 136 de 1994, modificado por el Artículo 29 de la Ley 1551 de 2012, 9 a 12 de la Ley 489 de 1998, la Ley 1150 de 2007, el Decreto 1082 de 2015, el Acuerdo Municipal 001 de enero 24 de 2017, el Decreto Nro. 2025040000252 de 25 de junio de 2025, por medio del cual se delega en los Secretarios de Despacho la contratación, y demás disposiciones legales a la celebración del mismo, y las que se expidan durante su vigencia, actuando en nombre y representación del Municipio de Bello, identificado con NIT 890.980.112-1, quien en adelante, y para los efectos jurídicos del presente contrato se denominará, EL **MUNICIPIO**, por una parte y por la otra, CORPORACIÓN ANTIOQUEÑA DE SERVICIOS PROFESIONAL Y TÉCNICOS CORPOSER NIT N°900350518-4 representada legalmente por Gloria Eugenia Garcés Arboleda, CC 43.494.609, quien en adelante y para los efectos jurídicos del presente acto se denominara EL CONTRATISTA, hemos acordado celebrar el presente contrato, en concordancia con el Decreto 1082 de 2015 en su artículo 2.2.1.2.1.4.9 y las demás normas vigentes en materia contractual, la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **CLÁUSULA PRIMERA – OBJETO:** En desarrollo del objeto contractual **EL CONTRATISTA** se obliga con **EL MUNICIPIO** a la ATENCIÓN DE ANIMALES EN SITUACIÓN DE URGENCIA AFECTADOS POR LA EMERGENCIA PRESENTADA EN LA VEREDA GRANIZAL DEL MUNICIPIO DE BELLO, EN EL MARCO DE LA DECLARATORIA DE CALAMIDAD PUBLICA 2025040000250 DEL 25 JUNIO DE 2025 Y LA URGENCIA MANIFESTA 2025000008456 DEL 25 DE JUNIO DE 2025

GRUPO	SEGMENTO	FAMILIA	CLASE	PRODUCTO	CÓDIGO UNSPC
F	70	12	20	00	70122000
F	70	12	18	00	70121800

CLÁUSULA SEGUNDA. OBLIGACIONES DE LAS PARTES: DEL CONTRATISTA: OBLIGACIONES GENERALES: 1. Asistir a las capacitaciones y/o reuniones relacionadas con el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) a las que sea citado por la administración Municipal 2. Comunicar inmediatamente al supervisor del contrato, la ocurrencia de cualquier evento que se presente en el desarrollo de la prestación del servicio, y pueda afectar el cumplimiento del objeto del presente contrato. 3. Entregar al Supervisor del contrato, informe mensual, informe final y cada que este lo requiera con el detalle de las actividades realizadas en ejecución del presente contrato. 4. Mantenerse al día en el pago de las obligaciones a sistema de seguridad social integral (Salud, Pensión y Riesgos laborales), durante todo el plazo de ejecución del contrato. 5. Mantener reserva sobre los hechos, documentos, e información en general que llegue a su conocimiento en ocasión del cumplimiento del objeto contractual. 6. Cumplir con las obligaciones que se deriven del Sistema Integral de Gestión del Municipio de Bello. 7. Asistir a las capacitaciones del Sistema Integral de Gestión y en general a aquellas que sea citado por el contratante. 8. El contratista deberá estar suscrito como proveedor en la plataforma del SECOP II. 9. Cumplir con el protocolo de Bioseguridad expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social y demás normas que resulten aplicables al sector de las actividades a desarrollar. 10. En cumplimiento con las obligaciones que establece el Artículo 2.2.4.2.2.16 del Decreto 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo" *El contratista debe cumplir con las normas del Sistema General de Riesgos Laborales en especial las siguientes. 1. Procurar el cuidado integral de su salud 2. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales. 3. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales 4. Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del Sistemas de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST,* 11 El contratista al finalizar el contrato deberá entregar al supervisor del contrato el registro y/o los archivos de los documentos (WORD, EXCEL, PDF, PPT, JPG, AVI, MP4 o MOV entre otros) de las actas y productos de la actividad que ejecutó. **OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:** 1. Disposición permanente de personal operativo en las instalaciones de los alojamientos temporales habilitados por la administración municipal para el recibo, registro y atención inmediata de caninos, felinos, (Conejos, cerdos, cabras u ovejas), así como aves domésticas y demás especies animales que resulten afectadas por la emergencia. 2. Cuidado y manutención de fauna doméstica vulnerable, caninos, felinos, (Conejos, cerdos, cabras u ovejas), así como aves domésticas y demás especies animales que resultan afectadas por la emergencia, garantizando su bienestar y continuidad en la atención como beneficiarios del servicio médico veterinario. 3. Prestación de servicios médicos veterinarios básicos y especializados, incluyendo exámenes de laboratorio, procedimientos de imagenología e insumos, conforme a lo establecido en la cotización. 4. Recogida y traslado de fauna doméstica vulnerable y caninos de manejo especial, desde el lugar de la ocurrencia de los hechos, hasta el centro de custodia y bienestar habilitado según lo requiera y centro hospitalario, garantizando condiciones adecuadas de transporte clínico veterinario. 5. Atención de urgencias veterinarias, mediante la recogida y traslado de animales en condición de vulnerabilidad, tales como, caninos, felinos (Conejos, cerdos, cabras u ovejas), así como aves domésticas y demás especies animales que resulten afectadas por la emergencia. 6. Montaje de espacios adecuados para el control y manejo sanitario de especies animales, mediante la instalación de corrales, cerramientos y demás estructuras necesarias que permitan la separación por especie (caninos, felinos, conejos, cerdos, cabras, ovejas, aves domésticas y otros animales afectados), con el fin de evitar la propagación de enfermedades, facilitar el manejo seguro y garantizar el bienestar animal durante la atención de la emergencia. 7. Adquisición y/o alquiler de equipos y elementos necesarios para la mitigación de la emergencia, incluyendo insumos médicos veterinarios, equipos de contención, transporte, elementos de limpieza y desinfección, así como herramientas que permitan garantizar una atención oportuna, segura y eficaz a la fauna afectada. 8. Ejecución de otras actividades necesarias que se identifiquen durante el desarrollo de la atención a la emergencia, con el propósito de dar una respuesta integral, efectiva y ajustada a las

condiciones reales del territorio y a las necesidades que surjan en el proceso de protección y manejo de la fauna afectada. **OBLIGACIONES DEL MUNICIPIO: 1.** Pagar al **CONTRATISTA** los honorarios pactados previo el cumplimiento de los requisitos que se señalan. 2. Suministrar los documentos y la información requeridos para el cabal cumplimiento del objeto contractual. 3. Definir las políticas de ejecución por parte del Municipio de Bello. 4. Ejercer la supervisión del presente contrato. 5. Difundir la Política del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo dispuesta para el Municipio de Bello y realizar capacitaciones al respecto. 6. Verificar el cumplimiento por parte del contratista de las normas relativas al Sistema de Seguridad Social Integral, Parafiscales, de Seguridad y Salud en el Trabajo y Protocolos de Bioseguridad. 7. El supervisor designado por la secretaría será el responsable de la publicación de los documentos del proceso en las plataformas SIA OBSERVA y SECOP II y rendirá los informes que soliciten los Entes de Control. **CLÁUSULA TERCERA. VALOR Y FORMA DE PAGO.** El valor total de presente contrato se estima en la suma **CUATROCIENTOS TRECE MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL SESENTA Y UN PESOS CON OCHENTA CENTAVOS M/L ($413.644.061,80)**, los cuales se cancelarán en un único pago previa autorización del supervisor, previa presentación de informe detallado del cumplimiento de las obligaciones contraídas y autorización del supervisor del contrato donde se evidencie el cumplimiento a entera satisfacción de los servicios prestados durante ese corte mensual. El Municipio de Bello pagará el valor de contrato, previa presentación de los siguientes documentos: a) Cuenta de cobro y/o factura expedida con el lleno de los requisitos legales (artículo 617 del Estatuto Tributario). b) Certificado de recibo a satisfacción por parte del supervisor. c) Informe de actividades del objeto contractual por corte cada 30 días, debidamente aprobadas por el supervisor del contrato. d) El contratista debe acreditar que se encuentra al día con las obligaciones relativas a los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, así como parafiscales, cuando corresponda. El pago se Realizará a través de transferencia electrónica a la cuenta reportada por el contratista. El Municipio podrá retener cualquier monto que deba pagar al contratista por la prestación de los servicios cuando haya incumplido alguna de las obligaciones, y se liberarán los saldos retenidos cuando el contratista subsane el incumplimiento y satisfaga las reclamaciones o requerimientos presentados. **PARÁGRAFO 1.** De los pagos se descontarán los impuestos respectivos que apliquen según el régimen tributario del contratista, cuya verificación se hará por parte de la oficina de presupuesto y contabilidad del Municipio de Bello. **CLÁUSULA CUARTA. PLAZO.** El plazo del presente contrato será de **TREINTA (30) DÍAS**, contados a partir del 25 de junio de 2025 hasta el 24 de junio de 2025, previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento establecidos en la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007 y Decreto 1082 de 2015. **CLÁUSULA QUINTA. SUSPENSIÓN:** En caso de presentarse suspensión en el plazo aquí previsto, se deberá elaborar la respectiva acta, la cual contendrá los motivos de suspensión y deberá ser firmada por el supervisor designado y EL CONTRATISTA, una vez terminados los eventos que dieron origen a la suspensión, se suscribirá un acta en la que se dejará constancia de la reanudación de actividades. **CLÁUSULA SEXTA. GARANTÍA ÚNICA.** Por tratarse de una urgencia manifiesta establecida en el **ARTÍCULO 42.** De la ley **80** de **1993** el cual **reza: "De la Urgencia Manifiesta** Existe urgencia manifiesta cuando la continuidad del servicio exija el suministro de bienes, o la prestación de servicios o la ejecución de obras en el inmediato futuro, cuando se presenten situaciones relacionadas con los Estados de Excepción; cuando se trate de conjurar situaciones excepcionales relacionadas con hechos de calamidad o constitutivos de fuerza mayor o desastre que demanden actuaciones inmediatas y, en general cuando se trate de situaciones similares que imposibiliten acudir a los procedimientos de selección o concursos públicos, se prescinde de la obligatoriedad de las garantías.

CLÁUSULA SÉPTIMA. MULTAS: En caso de mora o incumplimiento parcial de las obligaciones adquiridas por EL CONTRATISTA sin perjuicio de la declaratoria de la caducidad del contrato, EL MUNICIPIO podrá mediante Resolución Motivada imponer multas, las cuales deberán ser directamente proporcionales al valor del contrato y a los perjuicios sufridos, sin exceder el cinco por mil (5x1000) del valor de contrato, cada vez que se impongan. **CLÁUSULA OCTAVA. CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA:** En caso de declaratoria de caducidad o de incumplimiento de las obligaciones que contrajo EL CONTRATISTA podrá EL MUNICIPIO imponer una sanción pecuniaria la cual tendrá un monto del diez por ciento (10%) del valor del contrato sin perjuicio de adelantar las acciones legales y administrativas pertinentes en caso de que las cuantías de los perjuicios ocasionados al MUNICIPIO superen el valor de la cláusula penal. **CLÁUSULA NOVENA. APLICACIÓN DE LA MULTA Y LA CLÁUSULA PENAL:** El valor de las multas y la cláusula penal a que se refieren las cláusulas anteriores serán impuestas por **EL MUNICIPIO** mediante Resolución motivada conforme al proceso dispuesto en la normatividad legal vigente. Una vez ejecutoriados estos actos administrativos serán tomados dichos valores del saldo a favor de EL CONTRATISTA. Si no fuere posible lo anterior, se cobrará por la vía judicial correspondiente. **CLÁUSULA DÉCIMA. CLÁUSULAS EXCEPTIVAS DE DERECHO COMÚN:** En el presente contrato se entienden incorporadas las cláusulas excepcionales al derecho común, consagradas en la Ley 80 de 1993, sobre modificación terminación e interpretación unilateral. EL MUNICIPIO podrá hacer uso de estas en las oportunidades y formas allí establecidas. **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA. APROPIACIÓN PRESUPUESTAL:** Los pagos que deba efectuar **EL MUNICIPIO** en razón del presente contrato se harán con cargo al rubro:

CSP	COD	RUBRO	PROYECTO	VALOR A AFECTAR	FECHA
1°16	570	06 45 12 042 2026 1 700 4900 28 189 15 01 2 3 2 02 02 009 2 01 001 3 009 199.	RP Otros servicios administrativos del sector ambiental - Otros Animales Atendidos - Atención	$41'044.116	03-12-2025

CLÁUSULA DECIMA SEGUNDA. RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA EN LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRACTUAL: Este contrato se ejecutará con estricta sujeción a las cláusulas en él contenidas y EL CONTRATISTA será responsable de las faltas que se advierta sin perjuicio de la responsabilidad a que se refieren los artículos 52, 55, 56 y 58 de la Ley 80 de 1993 y demás normas que las modifiquen o adicionen. **CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA. INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** EL CONTRATISTA, para efectos de este contrato manifiesta que no estar incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad consagradas en la Constitución o en la Ley en especial las previstas en los Artículos 8° y 9° de la Ley 80 de 1993, artículo 18 de la Ley 1150 de 2007 y artículos 2 y siguientes de la ley 1474 de 2011. **CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA. SUPERVISIÓN:** La supervisión de este contrato será ejercida por **MARÍA ALEJANDRA MUÑOZ TOBÓN**, identificado con cédula de ciudadanía N°42.695.141 quien se desempeña como Directora Técnica de Medio Ambiente de la Secretaría de Medio Ambiente, Vivienda y Desarrollo Rural o quien haga sus veces, para supervisar y verificar el correcto desarrollo de las actividades contractuales acorde con la propuesta presentada, la cual hace parte integral de este contrato. **PARÁGRAFO.** Teniendo en cuenta lo estipulado en el Artículo 83 de la Ley 1474 de 2011, el supervisor deberá realizar el *"seguimiento técnico, administrativo, financiero, contable y jurídico que sobre el cumplimiento del objeto del contrato"*. De igual manera, en el artículo 84 ibidem determina que los *"supervisores están facultados para solicitar informes, aclaraciones y explicaciones sobre el desarrollo de la ejecución contractual, y serán responsables por mantener informada a la entidad contratante de los hechos o circunstancias que puedan constituir actos de corrupción tipificados como conductas punibles, o que puedan poner o pongan en riesgo el cumplimiento del contrato, o cuando tal incumplimiento se presente.* **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA. CESIÓN Y SUBCONTRATACIÓN:** EL CONTRATISTA no

podrá ceder ni subcontratar total ni parcialmente con otra persona natural o jurídica el presente contrato sin el consentimiento previo y escrito del MUNICIPIO. **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA. VÍNCULO LEGAL:** EL MUNICIPIO no adquiere ningún vínculo o relación de carácter laboral o similar con EL CONTRATISTA ni el personal a su cargo, por lo tanto, éste tendrá derecho al valor pactado en la Cláusula Tercera de este contrato y en ningún caso se pagará a EL CONTRATISTA suma alguna por otro concepto. EL CONTRATISTA y los trabajadores o personal a su cargo prestará sus servicios de manera independiente y no tendrán con EL MUNICIPIO relación de subordinación alguna. **CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA. CAUSALES DE TERMINACIÓN DEL PRESENTE CONTRATO:** El presente contrato termina por las siguientes causales: a) La ejecución total del objeto del contrato, b) El cumplimiento del plazo estipulado; c) La declaratoria de incumplimiento del contrato a través de acto administrativo; d) Las demás causales que contemple el régimen contractual colombiano. **CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA. LIQUIDACIÓN:** El presente contrato se liquidará por las partes contratantes dentro de los términos dispuestos en el artículo 11 de la ley 1150 de 2007. **CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.** Las partes acuerdan de surgir diferencias en el desarrollo del presente Contrato buscarán soluciones ágiles y directas para afrontar dichas discrepancias, para tal efecto las partes estudiarán y propondrán mecanismos de solución directa de controversias contractuales, tales como la Conciliación Judicial y Extrajudicial. **CLÁUSULA VIGÉSIMA. VIGENCIA:** La vigencia del presente contrato será por el plazo pactado en la Cláusula Cuarta contado a partir del Acta de Inicio. **CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA. PUBLICACIÓN:** El presente contrato y los estudios previos del mismo, serán publicados simultáneamente en la página web que el sistema SECOP II, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 2.2.1.1.1.7.1 del Decreto 1082 de 2015. **CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA. EJECUCIÓN:** Para la iniciación de la prestación del servicio objeto de este contrato, se requerirá del certificado de registro presupuestal y la constancia del cumplimiento de las obligaciones dentro del sistema de seguridad social integral que le corresponden al CONTRATISTA, conforme la normativa vigente en la materia. **CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA. SEGURIDAD SOCIAL.** Durante la ejecución del presente contrato, el CONTRATISTA deberá acreditar que se encuentra al día en el pago de aportes parafiscales al sistema de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión y Riesgos laborales) del personal a su cargo así como los propios del SENA ICBF y caja de compensación familiar a que se encuentre obligado conforme a lo dispuesto en la normatividad legal vigente. **CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA. PERFECCIONAMIENTO:** El presente contrato quedará perfeccionado con la firma de las partes, con lo cual se entiende que hay acuerdo sobre el objeto y la contraprestación. **CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA. DOMICILIO.** Para todos los efectos legales derivados del presente contrato, se fija como domicilio contractual el Municipio de Bello.

De conformidad con lo que antecede, en ejercicio de las facultades de que son titulares cada uno de los firmantes, suscriben este Contrato en la ciudad de Bello en la fecha

FRANCISCO JAVIER ECHEVERRI CARDENAS
SECRETARIO DE HACIENDA
Municipio de Bello

CORPORACIÓN ANTIOQUEÑA DE SERVICIOS NIT 900350516-4 Representada legalmente por Gloria Eugenia Garcés Arboleda CC 43.434.909

Elaboró:	Sergio Augusto Yepes Chaverra/ Abog Contratista	Fecha:	10/ 2/2025
Revisó y aprobó:	Carmen Cecilia escobar Davis/Secretaria Jurídica	Fecha:	10/ 2/2025

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

> Concepto: 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 1412231361985

5. Número de identificación Tributaria (NIT)	6. DV	11. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 3 5 0 5 8	4		

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de documento	25. Tipo de contribuyente	26. Número de identificación
Persona jurídica		

27. Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
CORPORACION ANTIOQUEÑA DE SERVICIOS PROFESIONALES Y TÉCNICOS CORPOSER

36. Nombre comercial | 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Bello 0 1 8

41. Dirección principal
CR 50 50 15 OF 328

42. Correo electrónico: corposercorporacion@gmail.com

43. Código postal | 44. Teléfono 1: 3 1 0 4 8 2 4 4 8 | 45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica — Ocupación

Actividad principal: 46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Cambio	49. Fecha cambio actividad	Otras actividades: 50. Código	1	2	51. Cargo	52. Número establecimientos
7 5 0 0	2 0 1 6 0 6 1 8	7 8 9 2	2 0 1 6 0 6 1 8					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código	5	7	1 4	1 6	4 2	4 8	5 2	5 5	1																	

5 - Impuestos y compl. régimen ordinar | 55 - Informante de Información Exóg

07- Retención en la fuente a título de renta
14- Informante de exógena
16- Obligado llevar contabilidad
42- Obligado a llevar contabilidad
43 - Impuesto sobre las ventas - IVA
57 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros

58. Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

59. Fecha	60. Tipo	Servicio	1	2	3
		61. Mixto			
		62. OTC			

IMPORTANTE: Si ya existía la(s) actualización(es) a que hace lugar, el inscrito en el Registro Único Tributario -RUT- queda vigente, ratificado y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

63. Año(s): 6 | 7 | NO: X | 64. No. de Folios: 0 1

65. Firma(s) autógrafa(s) o mecánica del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y reactivación del Registro Único Tributario (RUT) dejada(s) en virtud de la(s) obligación(es) establecida(s) en alguno de los artículos 555-1, 555-2, 555-3 y 555-4 del Estatuto Tributario, artículos 3 de la Resolución 139 de 2012, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.5 del Decreto 1625 de 2016. En aquel evento el formulario debió ser firmado y dejada la huella de quien suscribe de acuerdo con el artículo 1.6.1.2.6 del mismo decreto.

Firma del servidor público

Por ser persona jurídica o sociedad de hecho, firma(n) quien(es) aparece(n) como representante(s) legal(es) en el certificado de existencia y representación legal.

66. Nombre: CARCES ARBOLEDA GLORIA EUGENIA

67. Cargo: Representante Legal Coordinador

Fecha de generación documento PDF: 01-09-2021 07:47:19

DIAN

Formulario de Registro Único Tributario

Página 2 de 4 Hoja 2

Espacio reservado para el DIAN

4. Número de formulario: 141223135196

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 900350516 | 6. DV: 4

12. Dirección seccional: 11

14. Buzón electrónico:

Características y formas de las organizaciones

50. Naturaleza: 2

51. Régimen: [ ]

52. Clasificación jurídica: [ ]

55. Forma asociativa: [ ]

56. Corporativo: [ ]

57. Otras organizaciones no contempladas: 9

64. Entidades pertenecientes del sector público de orden nacional, departamental, municipal y otras personas jurídicas: [ ]

65. Sociedades y organismos extranjeros: [ ]

66. Beneficio: 2

Constitución, Registro y Última Reforma

Diligenciado	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	01	01
72. Número		0115
73. Fecha	20050618	20240725
74. Número de resolución		
75. Entidad que registra	03	03
76. Fecha de registro	20060418	20240822
77. No. Establecimientos matriculados	2101236721	2101238721
78. Departamento	25	25
79. Ciudad-Municipio	021	321

Cancelación

87. Causal	20050618
88. Fecha	20060403

Composición del Capital

92. Nacional: 100 %

93. Nacional privado: 30 %

94. Nacional público: 100 %

95. Extranjero: 0 %

96. Extranjero privado: 0.0 %

97. Extranjero público: 0.0 %

Estado y Beneficio

Item	99. Estado actual	99. Fecha estado actual	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	80	20230905		
2				
3				
4				
5				

Actividades económicas

60. Actividad económica	61. Nombre actividad económica	62. Número de Identificación Tributaria (NIT) Natural y Contador	63. DV.

67. Nombre o razón social de la persona contribuyente

140. Número de identificación tributaria obligado en el exterior	141. País	142. Número de identificación tributaria asignado en el exterior por DIF

143. Número de NIT - Cuenta de NIT - Nombre o razón social

Fecha generación documento PDF: 01/10/2025 07:27:07 AM

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

Página 3 de 4 Hoja 3

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 1412231361961

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 5003635184 6. DV: 4

11. Actuación: 1 1

Representación

1

38. Representación: REPRS LEGAL PRIN 1 8

39. Fecha inicio de la representación: 2021072

40. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía 12. 43 4346 09

41. Número de identificación: 1

42. DV:

43. Número de identificación extranjero:

44. Primer apellido: GARCES

45. Segundo apellido: ARBOLEDA

46. Primer nombre: GLORIA

47. Otros nombres: EUGENIA

2

48. Razón social (representado): (NIT)

49. DV:

50. Razón social representante legal:

51. Representación:

52. Fecha inicio de la representación:

53. Tipo de documento:

54. Número de identificación:

55. DV:

56. Número de identificación extranjero:

57. Primer apellido:

58. Segundo apellido:

59. Primer nombre:

60. Otros nombres:

61. Número de Identificación Tributaria (NIT):

62. DV:

63. Razón social (representado):

64. Representación:

65. Fecha inicio de la representación:

3

66. Tipo de documento:

67. Número de identificación:

68. DV:

69. Número de orden institucional:

70. Primer apellido:

71. Segundo apellido:

72. Primer nombre:

73. Otros nombres:

74. Número de Identificación Tributaria (NIT):

75. DV:

76. Razón social representante legal:

77. Representación:

78. Fecha inicio de la representación:

4

79. Tipo de documento:

80. Número de identificación:

81. DV:

82. Número de orden institucional:

83. Primer apellido:

84. Segundo apellido:

85. Primer nombre:

86. Otros nombres:

87. Número de Identificación Tributaria (NIT):

88. DV:

89. Razón social representante legal:

90. Representación:

91. Fecha inicio de la representación:

5

92. Tipo de documento:

93. Número de identificación:

94. DV:

95. Número de orden institucional:

96. Primer apellido:

97. Segundo apellido:

98. Primer nombre:

99. Otros nombres:

100. Número de Identificación Tributaria (NIT):

101. DV:

102. Razón social representante legal:

DIAN

Formulario de Registro Único Tributario

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

Página 4 de 4 Hoja 4

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 1412231961 95

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 9003505164 6. DV: 2. Dirección seccional: Nacional de Pasto 14. Buzón electrónico: 1

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

1

11. Tipo de documento: Cédula de Ciudada 13 | 12. Número de identificación: 1085048410 | 13. DV | 14. País expedición: COLOMBIA 169

15. Primer apellido: ARANGO | 16. Segundo apellido: DETANCUR | 17. Primer nombre: JULIANA | 18. Otros nombres:

19. Razón social:

20. Valor capital de socio: | 21. % Participación: | 22. Fecha de ingreso: 20140911 | 23. Fecha de retiro:

2

11. Tipo de documento: Cédula de Ciudada 13 | 12. Número de identificación: 1026461111 | 13. DV | 14. Nacionalidad: COLOMBIA 169

15. Primer apellido: MARIN | 16. Segundo apellido: ZAPATA | 17. Primer nombre: BRAYAN | 18. Otros nombres: STIVEN

19. Razón social:

20. Valor capital de socio: | 21. % Participación: | 22. Fecha de ingreso: 20140811 | 23. Fecha de retiro:

3

11. Tipo de documento: | 12. Número de identificación: | 13. DV | 14. Nacionalidad:

15. Primer apellido: | 16. Segundo apellido: | 17. Primer nombre: | 18. Otros nombres:

19. Razón social:

20. Valor capital de socio: | 21. % Participación: | 22. Fecha de ingreso: | 23. Fecha de retiro:

4

11. Tipo de documento: | 12. Número de identificación: | 13. DV | 14. Nacionalidad:

15. Primer apellido: | 16. Segundo apellido: | 17. Primer nombre: | 18. Otros nombres:

19. Razón social:

20. Valor capital de socio: | 21. % Participación: | 22. Fecha de ingreso: | 23. Fecha de retiro:

5

11. Tipo de documento: | 12. Número de identificación: | 13. DV | 14. Nacionalidad:

15. Primer apellido: | 16. Segundo apellido: | 17. Primer nombre: | 18. Otros nombres:

19. Razón social:

20. Valor capital de socio: | 21. % Participación: | 22. Fecha de ingreso: | 23. Fecha de retiro:

Fecha generación formulario PDF: [illegible]

ACTA
DE TERMINACION BILATERAL DEL CONTRATO N°1672 DE 2025

SECRETARIA DE MEDIO AMBIENTE, VIVIENDA Y DESARROLLO RURAL

	Cód. Dependencia	Serie	Subserie (Tipo de contratación)	Modalidad	Año	Consecutivo
CONTRATO N°:	1120	12	31	09	2025	1672

MODALIDAD	CONTRATACION DIRECTA
CONTRATISTA	CORPORACIÓN ANTIOQUEÑA DE SERVICIOS PROFESIONAL Y TECNICOS CORPOSER NIT N°9003505164 representada legalmente por Gloria Eugenia Garcés Arboleda, CC 43.434.609
OBJETO	ATENCIÓN DE ANIMALES EN SITUACIÓN DE URGENCIA AFECTADOS POR LA EMERGENCIA PRESENTADA EN LA VEREDA GRANIZAL DEL MUNICIPIO DE BELLO, EN EL MARCO DE LA DECLARATORIA DE CALAMIDAD PÚBLICA 2025040000250 DEL 25 JUNIO DE 2025 Y LA URGENCIA MANIFIESTA 2025000038466 DEL 25 DE JUNIO DE 2025
VALOR INICIAL	CUATROCIENTOS TRECE MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL SESENTA Y UN PESOS M/L ($413.644.061)
VALOR ADICIÓN	N/A
PLAZO INICIAL	30 DIAS
PRORROGA	N/A
DISPONIBILIDAD	1115
REGISTRO PRESUPUESTAL	5736
FECHA DE TERMINACIÓN	24-12-2025

Se reunieron en el Despacho de la Secretaría de Medio Ambiente, Vivienda y Desarrollo Rural, los señores: GLORIA EUGENIA GARCES ARBOLEDA, en calidad de CONTRATISTA y MARIA ALEJANDRA MUÑOZ TOBÓN, como Supervisor (a) en representación del Municipio de Bello con el fin de redactar la presente acta de terminación bilateral correspondiente al Contrato N°1672 del año 2025.

Se deja constancia de lo siguiente:

1) El contratista CORPORACIÓN ANTIOQUEÑA DE SERVICIOS PROFESIONAL Y TÉCNICOS CORPOSER NIT N°9003505164 representada legalmente por Gloria Eugenia Garcés Arboleda, CC 43.434.609, se desempeñó o prestó los servicios como ATENCION DE ANIMALES EN SITUACIÓN DE URGENCIA AFECTADOS POR LA EMERGENCIA PRESENTADA EN LA VEREDA GRANIZAL DEL MUNICIPIO DE BELLO, EN EL MARCO DE LA DECLARATORIA DE CALAMIDAD PÚBLICA 2025040000250 DEL 25 JUNIO DE 2025 Y LA URGENCIA MANIFIESTA 2025000038466 DEL 25 DE JUNIO DE 2025, en la Secretaría de Medio Ambiente, Vivienda y Desarrollo Rural desde inicio a la ejecución el día 25 del mes de junio del año 2025.

2) El contrato tuvo un valor de CUATROCIENTOS TRECE MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL SESENTA Y UN PESOS M/L ($413.644.061) finalizando el día 24 de julio del año 2025, cuya información básica se encuentra descrita en la parte inicial de la presente acta.

3) El supervisor manifiesta que el desempeño del contratista respecto a los compromisos pactados así como el desarrollo del objeto contractual en términos generales fue el siguiente: ATENCION DE ANIMALES EN SITUACIÓN DE URGENCIA AFECTADOS POR LA EMERGENCIA PRESENTADA EN

ACTA
DE TERMINACION BILATERAL DEL CONTRATO N°1672 DE 2025

LA VEREDA GRANIZAL DEL MUNICIPIO DE BELLO EN EL MARCO DE LA DECLARATORIA DE CALAMIDAD PÚBLICA 2025040009260 DEL 25 JUNIO DE 2025 Y LA URGENCIA MANIFIESTA 202500008468 DEL 25 DE JUNIO DE 2025

4) A ser la seguridad social un requisito de ejecución del contrato según artículo 41 de la Ley 80 de 1993 modificado por el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, el contratista acredita que se encuentra al día en los pagos de los aportes parafiscales al sistema en cuanto a la seguridad social para el último pago (Ver anexo).

5) El supervisor da visto bueno para que la oficina de presupuesto y contabilidad realice las deducciones a que haya lugar, tal como fueron pactadas en el contrato.

6) El contratista y el supervisor manifiestan estar a satisfacción con la terminación del contrato N°1672 de 2025 cuyo objeto es ATENCION DE ANIMALES EN SITUACIÓN DE URGENCIA AFECTADOS POR LA EMERGENCIA PRESENTADA EN LA VEREDA GRANIZAL DEL MUNICIPIO DE BELLO, EN EL MARCO DE LA DECLARATORIA DE CALAMICAD PÚBLICA 2025040009260 DEL 25 JUNIO DE 2025 Y LA URGENCIA MANIFIESTA 202500008468 DEL 25 DE JUNIO DE 2025.

7) El supervisor del contrato certifica que el contratista cumple con todas las obligaciones pactadas en él.

8) Se presenta el balance final, que da cuenta de los movimientos financieros del contrato:

CONCEPTO	VALOR
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	413.644.061
VALOR PAGADO	0
VALOR A FAVOR DEL CONTRATISTA	413.644.061
VALOR EJECUTADO	413.644.061
VALOR A LIBERAR DEL REGISTRO PRESUPUESTAL	0

9) Una vez leída y aprobada la presente acta, se firma por los que en ella intervinieron en manifestación de su aprobación el día _____.

MARÍA ALEJANDRA MUÑOZ TOBÓN
Supervisor

GLORIA EUGENIA GARCES ARBOLEDA
Contratista