

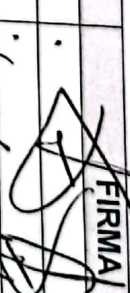
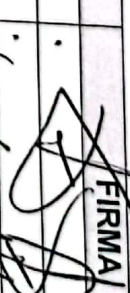


REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

Página 1 de 1



SECRETARÍA DE AGRICULTURA Y MEDIO AMBIENTE

PLANILLA INSCRIPCIÓN ESTERILIZACIÓN		FECHA		SEPTIEMBRE 2023		
N°	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	GENERO	FIRMA
1	Humberto Aldana	99000042	N. Campesano	3185712140	1 Canino O	
2	Humberto Aldana	99000042	N. Campesano	3185712140	1 Felino O	
3	Nicolás Aldana	98416735	N. Campesano	3104820610	1 Felino	Nicolás Aldana
4	Nicolás Aldana	98416735	N. Campesano	3104820610	1 Canino	Nicolás Aldana
5	Andrés Daza	4041443	N. Campesano	313 379 2572	1 Canino M.	Andrés Daza
6	Andrés Daza	4041443	N. Campesano	313 379 2572	1 Felino H.	Andrés Daza
7	José Parada	99 003 001	N. Campesano	322 212 1902	1 Canino H.	José Parada
8	José Parada	99 003 001	N. Campesano	322 212 1902	1 Felino M.	José Parada
9	Jorge Acero	15958356	N. Campesano	3138068034	1 Canino H.	Jorge Acero
10	Roberto Vilabich	31811117	N. Campesano	3219787376	1 Canino H.	Roberto Vilabich
11	Yuli Guerrero	100363064	N. Campesano	3106088170	1 Canino H.	Yuli Guerrero
12	Alana Urdel	20 897 548	N. Campesano	3213555596	1 Canino H.	Alana Urdel
13	Patricia León	39812568	N. Campesano	3114245084	1 Canino H.	Patricia León
14	Marcela Vargas	39634017	N. Campesano	3112561279	1 Canino H.	Marcela Vargas
15	Marcela Vargas	39634017	N. Campesano	3112561279	1 Canino H.	Marcela Vargas
16	Marcela Vargas	39634017	N. Campesano	3112561279	1 Canino M.	Marcela Vargas
17	Angie Vargas	1071756497	N. Campesano	3123474123	1 Felino H.	Angie Vargas
18	Angie Vargas	1071756497	N. Campesano	3123474123	1 Felino M.	Angie Vargas
19	Marceli Medellín	1071748439	N. Campesano	3146407608	1 Canino M.	Marceli Medellín
20	Marceli Medellín	1071748439	N. Campesano	3146407608	1 Canino H.	Marceli Medellín
21	Oscar Ceballos	99004626	N. Campesano	3118302521	1 Canino M.	Oscar Ceballos
22	Angie Vargas	1071250497	N. Campesano	3123474123	1 Canino M.	Angie Vargas
23	Angie Vargas	1071250497	N. Campesano	3123474123	1 Canino M.	Angie Vargas
24	Yuli Guerrero	100363064	N. Campesano	3219787376	1 Canino H.	Yuli Guerrero
25						

Revo: 514bs



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

Página 1 de 2

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 02 de Nov de 2023

Yo, Humberto Rodríguez identificado con el número de cédula 391000042
propietario y/o responsable de la mascota de nombre FINES, raza CAOILLO
Especie FELINO y edad 3 años manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento castración, y teniendo en cuenta que no se tienen estándares de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mi vida. Dentro al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Firma del Propietario

CC 3185712140
Dirección Vereda Campanas

Huella índice derecho

Elaborado por: [Firma]
T.P. No. [Firma]

Carrera 6 N.º 12-08 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Guaduas, 02 de Nov de 2023

Yo, Humberto Rodríguez identificado con el número de cédula 391000042
propietario y/o responsable de la mascota de nombre FINES, raza CAOILLO
Especie FELINO y edad 3 años manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anteriormente informados por el personal médico veterinario y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mi vida. Dentro al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Firma del Propietario

CC 3185712140
Dirección Vereda Campanas

Huella índice derecho

Elaborado por: [Firma]
T.P. No. [Firma]

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (571) 846 6100 / (571) 846 6766



Peso: 18 kilos

2



REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

Página 1 de 2

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA



Cundinas, 02 de NOV de 2023

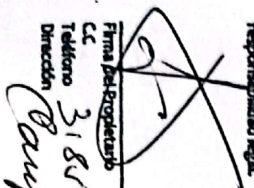
Cundinas, 02 de Nov de 2023

Yo Humberto Corredor identificado con el número de cédula PRO0092
propietario y/o responsable de la mascota de nombre SUTUN, raza Chita
Especie Canis familiaris y edad 4 años manifiesto que una vez se me han
manifestado los riesgos propios del procedimiento anestesia, y teniendo en cuenta
que no se toman estándares de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser
más complicados, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio
Ambiente a realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota.

Yo Humberto Corredor identificado con el número de cédula 39000092
propietario y/o responsable de la mascota de nombre SUTUN, raza Chita
Especie Canis familiaris y edad 4 años manifiesto que una vez se me han manifestado los
riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal
médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos
médicos quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina
veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del
personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar
todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad
con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este
sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la
intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota
y por ende no busca el perjuicio de esta.

Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina
veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del
personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar
todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad
con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este
sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la
intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota
y por ende no busca el perjuicio de esta.


Firma del Propietario
C.C. 3185712140
Teléfono 3185712140
Dirección Caupena

Huella Índice derecho


Firma del Propietario
C.C. 3185712140
Teléfono 3185712140
Dirección Caupena

Huella Índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Carrera 8 N° 12-06 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca

Correo: alecaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (671) 846 6100 / (671) 846 6706



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

Página 1 de 2

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 02 de NOY 2023

Yo Nicolás Albornoz identificado con el número de cédula 3842635 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Kenneth, raza Golden Retriever, especie Canino edad 04 años, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más eficientes, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en menedón, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Nicolás Albornoz
Firma del Propietario
CC
Teléfono
Dirección
Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Carretera 6 N.º 1246 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Guaduas, 02 de NOY 2023

Yo Nicolás Albornoz identificado con el número de cédula 3842635 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Kenneth, raza Golden Retriever, especie Canino edad 04 años, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anteriormente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en menedón, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Nicolás Albornoz
Firma del Propietario
CC
Teléfono
Dirección
Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (671) 646 6100 / (671) 646 6793



204 / 4

File 5 K 105



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

Página 1 de 2



AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Guaduas, 02 de NOV de 2013
Yo, Nicolás Alvaréz identificado con el número de cédula 3842675
propietario y/o responsable de la mascota de nombre ELIOT raza CAOLÍ
Especie Canino edad 2 años manifiesto que una vez se me han
manifestado los riesgos propios del procedimiento ANESTESIA, y teniendo en cuenta
que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento pueden ser
más eficaces, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio
Ambiente a realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota.
Ad mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina
veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del
personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar
todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad
con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este
sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la
intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota
y por ende no busca el perjuicio de esta.
En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del
procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus
obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en
menCIÓN, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda
responsabilidad legal.

Guaduas, 02 de NOV de 2013
Yo, Nicolás Alvaréz identificado con el número de cédula 3842675
propietario y/o responsable de la mascota de nombre ELIOT raza CAOLÍ
Especie Canino edad 2 años manifiesto que una vez se me han manifestado los
riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal
médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos
médicos quirúrgicos que requiera mi mascota.
Ad mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina
veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del
personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar
todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad
con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este
sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la
intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota
y por ende no busca el perjuicio de esta.
En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del
procedimiento bajo anestesia general que fueron anteriormente informados por el personal
médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus
obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en
menCIÓN, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda
responsabilidad legal.

Nicolás Alvaréz
Firma del Propietario
C.C. 3104820610
Teléfono
Dirección Campeador
Huella índice derecho

Nicolás Alvaréz
Firma del Propietario
C.C. 3104820610
Teléfono
Dirección Campeador
Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.
Carrera 6 N.º 12-06 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca

Correo: alecalidia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (671) 646 6100 / (671) 646 6708

Resu: D Ky



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

Página 1 de 2

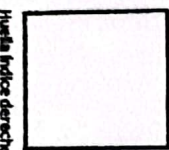


AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 02 de Julio de 2023

Yo, Andrés Daza identificado con el número de cédula 4041443 propietario y/o responsable de la mascota de nombre TOBI raza bulldog especie canino y edad cinco años, manifiesto que una vez se han manifestado los riesgos propios del procedimiento castración, y teniendo en cuenta que no se tienen estándares de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más eficientes, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Andrés Daza
Firma del propietario
C.C. 4041443
Teléfono 313 379 2572
Dirección Campeña



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

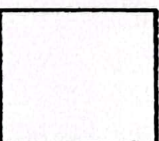
Carrera 6 N.º 12-05 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Guaduas, 02 de Julio de 2023

Yo, Andrés Daza identificado con el número de cédula 4041443 propietario y/o responsable de la mascota de nombre TOBI raza bulldog especie canino y edad cinco años, manifiesto que una vez se han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Andrés Daza
Firma del propietario
C.C. 4041443
Teléfono Dirección 313 379 2572.
Campeña



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (671) 646 6100 / (671) 646 6783

Peso: 3 kg-



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

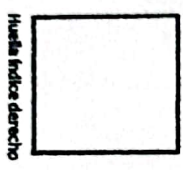
Página 1 de 2

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Cuaduas, 02 de Mayo 23

Yo Andrés Daza identificado con el número de cédula 4011443 propietario y/o responsable de la mascota de nombre muncho, raza maltese especie felino y edad 7 años, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento castración, y teniendo en cuenta que no se tienen estándares de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más eficientes, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Andrés Daza
Firma del Propietario
CC 4011443
Teléfono 313 379 2572
Dirección
Cunpene



Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Carrera 6 N° 12-05 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca

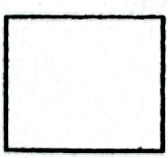


AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Cuaduas, 02 de Mayo 23

Yo Andrés Daza identificado con el número de cédula 4011443 propietario y/o responsable de la mascota de nombre muncho raza maltese especie felino y edad 7 años, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anteriormente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Andrés Daza
Firma del Propietario
CC 4011443
Teléfono Dirección 313 379 2572
Cunpene



Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (671) 646 6100 / (671) 646 6766

Recd: 8 Kg



REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

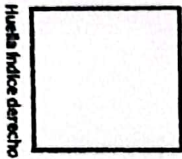
Página 1 de 2

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 02 de Mayo de 2023

Yo José Ricardo identificado con el número de cédula 79003001 propietario y/o responsable de la mascota de nombre CONCORDIA raza BOVINO especie BOVINO edad 3 años, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento castración y teniendo en cuenta que no se tienen exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

José Ricardo
Firma del Propietario
C.C. 79003001
Teléfono 322 212 1102
Dirección Vda. campesina



Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

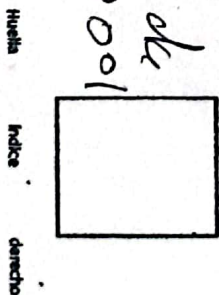
Carrera 8 N.º 12-08 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Guaduas, 02 de Mayo de 2023

Yo José Ricardo identificado con el número de cédula 79003001 propietario y/o responsable de la mascota de nombre CONCORDIA raza BOVINO especie BOVINO y edad 3 años, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

José Ricardo
Firma del Propietario
C.C. 79003001
Teléfono 322 212 1102
Dirección Vda. campesina



Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (871) 846 8100 / (871) 846 8708

Reso: A kg



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS



AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 02 de Nov de 2023

Yo Jose Parzola identificado con el número de cédula 79003001 propietario y/o responsable de la mascota de nombre CECILIA, raza Labrador, especie Salmo y edad 3 años, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento CECILIA, y teniendo en cuenta que no se tienen evidencias de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultoso, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Al mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro Exonerar que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en menuda, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Guaduas, 02 de Nov de 2023

Yo Jose Parzola identificado con el número de cédula 79003001 propietario y/o responsable de la mascota de nombre CECILIA, raza Labrador, especie Salmo y edad 3 años, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios de cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Al mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro Exonerar que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron antes informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en menuda, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

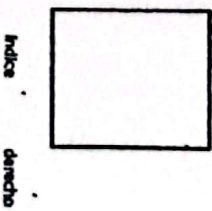
Jose Parzola
Firma del Propietario
C.C. 79003001
Teléfono Dirección 322 212 1902
Vda. Compensar



Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Carrera 6 N.º 12-05 sur - sede CENES
Guaduas, Cundinamarca

Jose Parzola
Firma del Propietario
C.C. 79003001
Teléfono Dirección 322 212 1902
Vda. Compensar



Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (671) 646 6100 / (671) 646 6700

Reso: 20 44



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

Página 1 de 2

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 02 de Mayo de 2023

Yo, Jorge Acero, identificado con el número de cédula 15958356, propietario y/o responsable de la mascota de nombre RAFAEL, raza Boxer Negro, especie Canino y edad 2 años, manifestando que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento CVH, y teniendo en cuenta que no se tienen estudios de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más eficientes, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Asimismo, manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro firmemente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en menuda, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.


Firma del propietario
C.C. 15958356
Teléfono 3138068034
Dirección
Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Carrera 6 N.º 12-05 sur - sede CEMES
Guaduas, Cundinamarca

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Guaduas, 02 de Mayo de 2023

Yo, Jorge Acero, identificado con el número de cédula 15958356, propietario y/o responsable de la mascota de nombre RAFAEL, raza Boxer Negro, especie Canino y edad 2 años, manifestando que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Asimismo, manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro firmemente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anteriormente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en menuda, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.


Firma del propietario
C.C. 15958356
Teléfono 3138068034
Dirección
Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (671) 646 6100 / (671) 646 6703



Peso: 15 Kg.



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

Página 1 de 2

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 02 de Nov de 2023

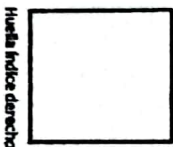
Yo, Dis Vilalobos identificado con el número de cédula 3981117, propietario y/o responsable de la mascota de nombre Chensi, raza Beagle, especie Canino y edad 3 años, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento Extracción, y teniendo en cuenta que no se han realizado exámenes de laboratorio y el procedimiento pueden ser más eficientes, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles, buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta. En consecuencia, declaro brevemente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal. CAT

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Guaduas, 02 de Nov de 2023

Yo, Dis Vilalobos identificado con el número de cédula 3981117, propietario y/o responsable de la mascota de nombre Chensi, raza Beagle, especie Canino y edad 3 años, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles, buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta. En consecuencia, declaro brevemente y reconozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

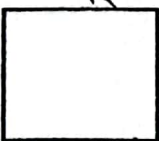
Dis Vilalobos
Firma del Propietario
C.C. 3219873376
Teléfono 3981117
Dirección 3981117



Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Carrera 6 N.º 12-06 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca

Dis Vilalobos
Firma del Propietario
C.C. 3981117
Teléfono Dirección 3219873376



Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alegria@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (671) 646 6100 / (671) 646 6766

Recd. 18 kg.



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

Página 1 de 2

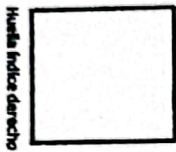
AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Ciudad, Q. de Nov de 2023

Yo Yoli Caceres identifico con el número de cédula 1003663664 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Chuspi raza Espeque Quindío edad 2 años, manifestando que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento CUT, y teniendo en cuenta que no se toman estándares de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más eficaces, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta. En consecuencia, declaro firmemente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mi condición, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

ds. pimehta acello cerrado -den pletuio pos.
Necrosis licoefactiva.

Yoli Caceres
Firma del propietario
C.C. 1003663664
Teléfono 31066088140
Dirección



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

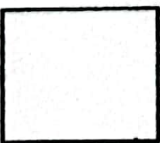
Carrera 6 N.º 12-05 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Ciudad, Q. de Nov de 2023

Yo Yoli Caceres identifico con el número de cédula 1003663664 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Chuspi raza Espeque Quindío edad 2 años, manifestando que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta. En consecuencia, declaro firmemente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anteriormente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente, en mi condición, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Yoli Caceres
Firma del propietario
C.C. 1003663664
Teléfono Dirección 31066088140



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

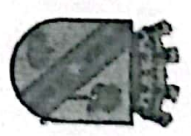
Correo: alicel@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfono (671) 846 6100 / (671) 846 6788



Peso: 94g



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS



Página 1 de 2

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Cundinas, 02 de Nov 20 23

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Cundinas, 02 de Nov 20 23

Yo, Donce Urdal, identificado con el número de cédula 20891548, propietario y/o responsable de la mascota de nombre Donce, raza Mashio, especie Canino y edad 16 años, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento CAUT, y teniendo en cuenta que no se toman estándares de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más complicados, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en menção, llevo al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Yo, Donce Urdal, identificado con el número de cédula 20891548, propietario y/o responsable de la mascota de nombre Donce, raza Mashio, especie Canino y edad 16 años, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anteriormente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en menção, llevo al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Donce Urdal
Firma del Propietario
CC 20891548
Teléfono
Dirección
3217555596

Huella índice derecho

Donce Urdal
Firma del Propietario
CC 20891548
Teléfono Dirección
3217555596

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Carrera 8 N.º 12-08 sur - sede CERES
Quevedes, Cundinamarca

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (671) 646 6100 / (671) 646 6788

Reso: 40 Kg.



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

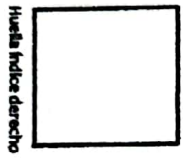
Página 1 de 2

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 02 de Mayo de 2023

Yo Patricia León identifico con el número de cédula 31812568 propietario y/o responsable de la mascota de nombre malu raza mallo especie canis edad 6 años manifestando que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento y el procedimiento pueden ser más difíciles, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Al mismo tiempo me comprometo a que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mencción, llevo al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Patricia León
Firma del propietario
c 39.8568
Teléfono
Dirección 3114245089



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

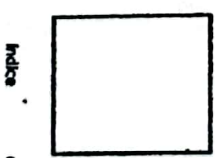
Carrera 6 N.º 12-06 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Guaduas, 02 de Mayo de 2023

Yo Patricia León identifico con el número de cédula 31812568 propietario y/o responsable de la mascota de nombre malu raza mallo especie canis edad 6 años manifestando que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Al mismo tiempo me comprometo a que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anteriormente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mencción, llevo al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

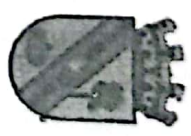
Patricia León
Firma del propietario
c 39.8568
Teléfono
Dirección 3114245089



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (671) 646 6100 / (671) 646 6703



Res. 13 kg.



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

Página 1 de 2

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 02 de Nov de 2023

Yo, Marcela Uruqui identifico con el número de cédula 39634017 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Ashu raza Beagle especie Canino y edad 3 años, manifestando que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento CVT, y teniendo en cuenta que no se tienen evidencias de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en menção, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Marcela Uruqui
Firma del propietario
C.C. 39634017
Teléfono 3112561279
Dirección 3112561279



Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

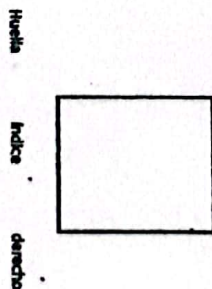
Carrera 6 N.º 12-08 sur - sede CENES
Guaduas, Cundinamarca

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Guaduas, 02 de Nov de 2023

Yo, Marcela Uruqui identifico con el número de cédula 39634017 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Ashu raza Beagle especie Canino y edad 3 años, manifestando que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y como los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en menção, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Marcela Uruqui
Firma del propietario
C.C. 39634017
Teléfono 3112561279
Dirección 3112561279



Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (571) 646 6100 / (571) 646 6700



Peso: 13 Kg.



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

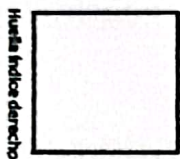
Página 1 de 2

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 02 de Nov 20 23

Yo Manuela Vargas identifico con el número de cédula 39634014 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Rebeca raza Chino especie Canino edad 2 años manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento vacunación, y teniendo en cuenta que no se tienen exámenes de laboratorio y el procedimiento pueden ser más dificultoso, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos médicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro brevemente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en menuda, llevo al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Firma del propietario
C.C. 39634014
Teléfono 3112561279
Dirección



Huecla índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

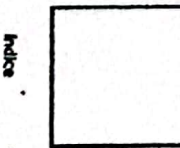
Carrera 8 N.º 12-05 sur - sede CENES
Guaduas, Cundinamarca

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Guaduas, 02 de Julio 23

Yo Manuela Vargas identifico con el número de cédula 39634014 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Rebeca raza Chino especie Canino edad 2 años manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos médicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro brevemente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anteriormente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en menuda, llevo al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Firma del propietario
C.C. 39634014
Teléfono 3112561279
Dirección



Huecla índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (671) 645 6100 / (671) 645 6700



RSO: SKg



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

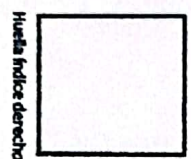
Página 1 de 2

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 02 de Nov de 23

Yo Martha Vargas identifico con el número de cédula 31634017 propietario y/o responsable de la mascota de nombre BI-2015, raza caño, especie caño edad caño manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento caño, y teniendo en cuenta que no se tienen exámenes de laboratorio y el procedimiento pueden ser más dificultoso, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos médico quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Martha Vargas
Firma del Propietario
C.C. 39.634.017
Teléfono 3112561279
Dirección 3112561279



Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

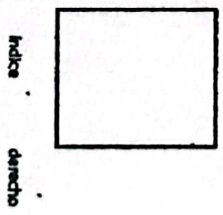
Carrera 8 N.º 12-05 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Guaduas, 02 de Nov de 23

Yo Martha Vargas identifico con el número de cédula 31634017 propietario y/o responsable de la mascota de nombre BI-2015, raza caño, especie caño y edad 2 años manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios de cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos médico quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anteriormente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Martha Vargas
Firma del Propietario
C.C. 39.634.017
Teléfono Dirección 3112561279



Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfono (671) 646 6100 / (671) 646 6786



Rev. 3 kg

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

Página 1 de 2



AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

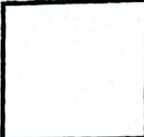
Guaduas, 02 de Mayo de 2023

Guaduas, 02 de Mayo de 2023

Yo Angeles Vargas identificado con el número de cédula 1092750497 propietario no responsable de la mascota de nombre Juan, raza Dachshund, especie Felina y edad 1 año, manifestando que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento CAH y teniendo en cuenta que no se tienen ordenes de laboratorio y el procedimiento pueden ser más dificultoso, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos médicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta. En consecuencia, declaro firmemente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

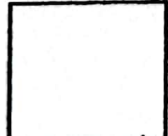
Yo Angeles Vargas identificado con el número de cédula 1092750497 propietario no responsable de la mascota de nombre Juan, raza Dachshund, especie Felina, y edad 1 año, manifestando que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos médicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta. En consecuencia, declaro firmemente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anteriormente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Angeles Caroline VP
Firma del Propietario
CC 102750497
Teléfono Dirección 3123414123



Huella índice derecho

Angeles Caroline VP
Firma del Propietario
CC 102750497
Teléfono Dirección 3123414123



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Carrera 8 N.º 12-05 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca

Correo: alegria@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (671) 646 6100 / (671) 646 6703

Res: 549

18



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

Página 1 de 2

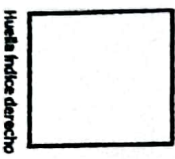


AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 02 de Nov 2013

Yo, Angie Catalina V identifico con el número de cédula 10717350497 propietario no responsable de la mascota de nombre Simba raza león especie felino edad león manifestado que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento exclusivo y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento pueden ser más dificultoso, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Al mismo tiempo se consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en menedón, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Angie Catalina V
Firma del Propietario
cc 10717350497
Teléfono 3123474123
Dirección



Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

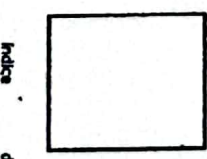
Carrera 6 N.º 12-05 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Guaduas, 02 de Nov 2013

Yo, Angie Catalina V identifico con el número de cédula 10717350497 propietario no responsable de la mascota de nombre Simba raza león especie felino edad león manifestado que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Al mismo tiempo se consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anterior mente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en menedón, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Angie Catalina V
Firma del Propietario
cc 10717350497
Teléfono 3123474123
Dirección



Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (671) 646 6100 / (671) 646 6798

Reso: 15 H.



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

Página 1 de 2



AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

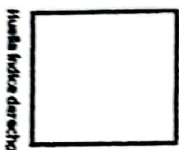
Ciudad, 02 de NOV de 2023

Yo MARCELA MEDALLIN identifico con el número de cédula 1032248439

propietario y/o responsable de la mascota de nombre BRUNO raza LABRADOR especie Canine y edad 1,5 años, manifestando que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento CAUTERIZACIÓN, y teniendo en cuenta que no se toman medidas de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más eficientes, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota.

Ad mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En esta sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de establecer, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta.

En consecuencia, declaro solemnemente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en menção, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.



Huella índice derecho

MARCELA MEDALLIN
Firma del Propietario
C.C. 1032248439
Teléfono 314 4409608
Dirección

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Carrera 8 N.º 12-06 sur - sede CENES
Quevedes, Cundinamarca

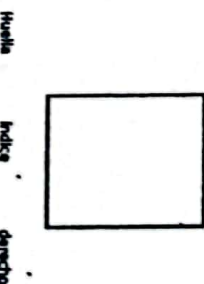
AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Ciudad, 02 de NOV de 2023

Yo MARCELA MEDALLIN identifico con el número de cédula 1032248439 propietario y/o responsable de la mascota de nombre BRUNO raza LABRADOR especie Canine y edad 1,5 años, manifestando que una vez se me han manifestado los riesgos propios de cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota.

Ad mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En esta sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de establecer, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta.

En consecuencia, declaro solemnemente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que libero anterior mente informado por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en menção, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.



Huella índice derecho

MARCELA MEDALLIN
Firma del Propietario
C.C. 1032248439
Teléfono 314 4409608
Dirección

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alicmed@guaduas.cundinamarca.gov.co
Teléfonos (871) 848 6100 / (871) 848 6768



Peso: 20 Kg

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

Página 1 de 2

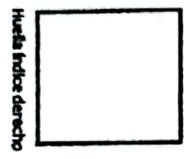


AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 02 de Nov de 2023

Yo Migueli Medellín identificado con el número de cédula 1073748439 propietario y/o responsable de la mascota de nombre JULIO raza Chihuahua especie Canino y edad 2 años manifestando que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento ORL y teniendo en cuenta que no se toman estándares de laboratorio y el procedimiento pueden ser más eficientes, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en menuda, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Migueli Medellín
Firma del Propietario
C.C. 1073748439
Teléfono
Dirección 3446407608



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

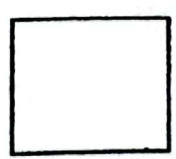
Carrera 6 N.º 12-05 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Guaduas, 02 de Nov de 2023

Yo Migueli Medellín identificado con el número de cédula 1073748439 propietario y/o responsable de la mascota de nombre JULIO raza Chihuahua especie Canino y edad 2 años manifestando que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anteriormente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en menuda, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Migueli Medellín
Firma del Propietario
C.C. 1073748439
Teléfono Dirección 3446407608



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (671) 645 6100 / (671) 645 6705

Peso: 25 Kg

21



REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

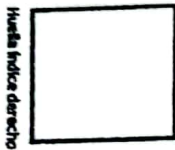
Página 1 de 2

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Ciudad: Q2 de Nov 20 23

Yo Oscar Acuña identificado con el número de cédula 39004626 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Amor raza Mestizo especie Canino edad 1 año manifestado que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento Extracción y teniendo en cuenta que no se tienen señalamientos de laboratorio y el procedimiento pueden ser más efectivos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en merced, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Firma del Propietario
cc 40004626
Teléfono
Dirección



Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

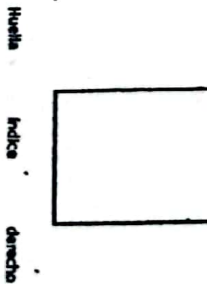
Carrera 6 N.º 12-05 sur - sede CENES
Guaduas, Cundinamarca

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Ciudad: Q2 de Nov 20 23

Yo Oscar Acuña identificado con el número de cédula 39004626 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Amor raza Mestizo especie Canino y edad 1 año, manifestado que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anteriormente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en merced, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Firma del Propietario
cc 40004626
Teléfono Dirección
311 6302522



Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas.cundinamarca.gov.co
Teléfonos (671) 646 6100 / (671) 646 6703

Peso: 35 Kg.



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

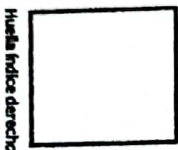
Página 1 de 2

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Ciudad, 02 de fev de 23

Yo Ange Urrutia identificado con el número de cédula 102230447 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Melody, raza Avalon, especie Canine, y edad 2 años, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento castración, y teniendo en cuenta que no se toman estándares de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más eficientes, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en menuda, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Ange Urrutia
Firma del propietario
C.C. 102230447
Teléfono 3123474123
Dirección



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

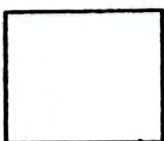
Carrera 6 N.º 12-05 sur - sede CEMES
Guaduas, Cundinamarca

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Ciudad, 02 de fev de 23

Yo Ange Urrutia identificado con el número de cédula 102230447 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Melody, raza Avalon, especie Canine, y edad 2 años, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en menuda, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Ange Urrutia
Firma del propietario
C.C. 102230447
Teléfono Dirección
3123474123



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (671) 646 6100 / (671) 646 6706



Peso: 25 Kg



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

Página 1 de 2

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

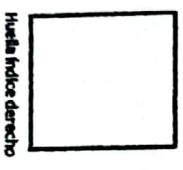
Guaduas, 02 de Julio de 2023

Yo, Angie Vargas identifico con el número de cédula 107280497 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Tobita, raza Wheeler, especie Canino y edad 2 años, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento castración, y teniendo en cuenta que no se tienen entendidos de laboratorio y el procedimiento pueden ser más eficaces, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos médicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro brevemente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en menção, llevo al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Angie Vargas VP
Firma del Propietario
C.C. 107280497
Teléfono 3123474123
Dirección



Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Carrera 6 N.º 12-08 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

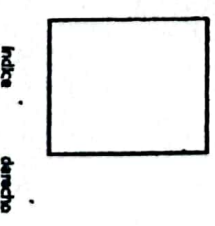
Guaduas, 02 de Julio de 2023

Yo, Angie Vargas identifico con el número de cédula 107280497 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Tobita, raza Wheeler, especie Canino y edad 2 años, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos médicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

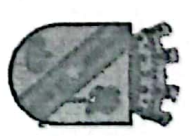
En consecuencia, declaro brevemente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anteriormente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en menção, llevo al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Angie Vargas VP
Firma del Propietario
C.C. 107280497
Teléfono 3123474123
Dirección



Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcalde@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (671) 646 6100 / (671) 646 6798



Reso 6 Kb

24.



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

Página 1 de 2

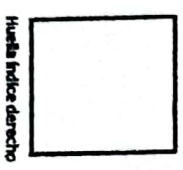


AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 02 de Nov de 2023

Yo Jenny Guerrero identifico con el número de cédula 1007237910 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Chusca, raza mixta especie canine y edad 24 ms, manifestando que una vez se han manifestado los riesgos propios del procedimiento CAH, y teniendo en cuenta que no se tienen estándares de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultoso, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos médico quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busco el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en menuda, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Firma del Propietario
Jenny Guerrero
C.C. 1007237910
Teléfono Dirección 3108493048
Dirección



Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

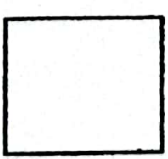
Carrera 8 N° 12-08 sur - sede CENES
Guaduas, Cundinamarca

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Guaduas, 02 de Nov de 2023

Yo Jenny Guerrero identifico con el número de cédula 1007237910 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Chusca, raza mixta especie canine y edad 24 ms, manifestando que una vez se han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos médico quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busco el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anteriormente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en menuda, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Firma del Propietario
Jenny Guerrero
C.C. 1007237910
Teléfono Dirección 3108493048
Dirección



Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (671) 646 6100 / (671) 646 6703