



DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Establecimiento ganadero:.....

Sigla:.....

DATOS DEL PROPIETARIO/APODERADO

Nombre o Razón Social:.....

Sigla:

DATOS DEL MEDICO VETERINARIO PRIVADO o EMPRESA CONSULTORA (E.C.)

Nombre completo:.....

Nº Reg. Profesional:..... Nº Acred. SENACSA:

Empresa Consultora :

Nº de Resolución SENACSA de la E.C.....

TRABAJO A REALIZAR

Re Identificación TB

Re Identificación TN

RANGOS DE CARAVANAS APLICADAS

Nº de Orden	Fecha de Aplicación	Rango Aplicado	Categoría								Documentación de Respaldo							
			VAC	VQU	NOV	TOR	DMA	DHE	Tipo		GUIA 1	GUIA 2	GUIA 3	GUIA 4				
									P	I								

Total de Animales Re Identificados:

Categoría: VAC: Vaca VQU: Vaquilla NOV: Novillo TOR: Toro DHE: Desmamante Hembra DMA: Desmamante Macho

Observaciones:

.....

RE IDENTIFICACION REALIZADA POR:	
<input type="checkbox"/> Técnico SITRAP	<input type="checkbox"/> Propietario/Apoderado
_____ Firma y Sello del Técnico SITRAP C.I:	_____ Firma Encargado Aclaración de firma: CI:
Lugar y Fecha: _____	