

REGISTRO DE GANADO



REGISTRO

Programa Nacional de Ganadería de Costa Rica

Programa Nacional de Ganadería, MAG
Departamento de Proyectos, CORFOGA



Cuarta Edición

Coordinación técnica:

Jorge Esteban Segura Guzmán (MAG)

Equipo técnico:

Pablo Rodríguez Rodríguez (MAG)

Ivannia Mendoza López (CORFOGA)

Laura Zamora Sánchez (MAG)

Victoria Arronis Díaz (INTA)

Hugo Soto Agüero (CORFOGA)

Beatriz Molina Bermúdez (MAG)

Edwin Orozco Barrantes (INTA)

Impresión:

Programa Nacional de Ganadería, Costa Rica

Contacto:

www.fb.com/ganaderiabajaencarbono

www.fb.com/namaganaderia

Contenido

1. Motivación.....	6
2. Agradecimiento.....	7
3. ¿Cómo se llenan las fichas de registro de los machos?.....	8
4. ¿Cómo se llenan las fichas de registro de las hembras?.....	30
5. ¿Cómo se llena el inventario?.....	190
6. Comparativo de inventarios.....	197



Finca Hacienda Sur, Brangus La Garita LLC. Ltda; Quepos, Puntarenas

1.Motivación:

El 19 de noviembre de 2015, por medio de decreto ministerial y presidencial # 39482 se oficializa y se declara de interés público la Estrategia para la Ganadería Baja en Carbono (EDGBC), la cual busca promover el desarrollo eco-competitivo del sector ganadero nacional, en balance con el desarrollo humano. En marzo de 2022 se aprueba la Política de Ganadería Sostenible de Costa Rica y se incluye en el PND e IP 2023 a 2026 el segundo nivel de escalamiento de la NAMA Ganadería.

La NAMA Ganadería ejecutó su primer nivel de escalamiento entre 2018 a 2022, llegando a más de 2300 fincas en todo el país.

El MAG, CORFOGA, el Instituto de Innovación y Transferencia de Tecnología Agropecuaria (INTA), ofrecen a los productores y las productoras de nacionales este registro de labores que colaborará con el manejo y administración de su finca.

Este libro le pertenece al productor o productora, por lo tanto la calidad de la información que contenga es el reflejo de todas las acciones que se han tomado y planificado para poder volver su finca más rentable y eco-competitiva.



Don Geovanny Villegas San Antonio de Pejibaye y el Ing. Hugo Soto, CORFOGA

2. Agradecimiento:

Todos los actores que han participado en el proceso del diseño y escalamiento de la NAMA Ganadería Bovina deseamos agradecer a los productores y las productoras que forman parte de la misma.

Asimismo el apoyo incondicional de la empresa privada, de las instituciones académicas, de los institutos de investigación y de las organizaciones de cooperación internacional han sido y serán de vital importancia para el presente proceso. Y en las siguientes fases de la NAMA Ganadería.

3.¿Cómo se llenan las fichas de registro de los machos?

Las fichas de registro de los machos reproductores se componen de varios elementos, un bloque en la esquina superior izquierda donde se indica el número de animal, a la derecha se anota la fecha de nacimiento y las identificaciones de la madre y del padre.

Luego hay un bloque donde se anota el control de la circunferencia escrotal del macho, este dato se registra al medir la circunferencia de la bolsa testicular de los machos (en servicio o a entrar en servicio) de la finca, lo anterior se logra tomando el dato con una cinta métrica a una altura predeterminada. El cuadro tiene casillas desde el destete (205 días) hasta los dos años (24 meses) en caso de que no se cuente con estos datos incluir los datos correspondientes en las casillas en blanco, de igual forma la casilla en blanco sirve para registros a mayores edades luego de los 24 meses, si se considera necesario.

Además existe una casilla para registrar el dato del peso del macho, lo cual es útil para análisis posteriores tanto de su desempeño como el de sus crías.

Hay un bloque de registro reproductivo con alrededor de 23 líneas para anotar fechas cuando se realizan un análisis andrológico al macho, cuando se procede a empadrear al macho y el número de hembras expuestas al macho, además de una casilla de notas.

Se espera que los machos a padrear en la finca estén acá registrados, en el caso de utilizar inseminación artificial solo utilizar el registro reproductivo con los datos que proceden y posterior a la confirmación de preñez en el registro de hembras se procede a señalar el padre correspondiente. Es de importancia señalar en la sección de notas, si se realiza palpación, de la cantidad expuesta, la cantidad preñada.

En caso de ocupar más líneas para anotar más eventos reproductivos, se procede a abrir una continuación del registro en otra sección del libro indicándolo de esta forma en la casilla de Número.

A continuación se señala un ejemplo de algunos datos que son de utilidad llevar en estos registros, los datos de la casillas de CE son tomados del documento de informe del Programa de Evaluación y Mejoramiento Genético de Bovinos de Carne en Costa Rica: Primeros Resultados de CORFOGA.

EJEMPLO:

NÚMERO:
46501

FECHA NACIMIENTO: 23/1/13
 RAZA: NELORE
 NÚMERO MADRE: 45046
 NÚMERO PADRE: 46073

CONTROL DE CIRCUNFERENCIA ESCROTAL

EDAD	205 DÍAS	1 Año	18 Meses	24 Meses	_____	_____
CE (CM)	18	21	24			
PESO (kg)	227	290	350			

REGISTRO REPRODUCTIVO

Fecha	Resultado del Examen Andrológico	Época de empadre	Cantidad de hembras expuestas	Notas
21/3/2015	Satisfactorio	Verano 2015	20	Grupo Novillas Primera (15 preñadas)
4/4/2015	No se realizó	Verano 2015	30	Grupo Hembras Segunda (10 preñadas)

NÚMERO:

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

CONTROL DE CIRCUNFERENCIA ESCROTAL

EDAD	205 DÍAS	1 Año	18 Meses	24 Meses	_____	_____
CE (CM)						
PESO (kg)						

REGISTRO REPRODUCTIVO

Fecha	Resultado del Examen Andrológico	Época de empadre	Cantidad de hembras expuestas	Notas

NÚMERO:

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

CONTROL DE CIRCUNFERENCIA ESCROTAL

EDAD	205 DÍAS	1 Año	18 Meses	24 Meses	_____	_____
CE (CM)						
PESO (kg)						

REGISTRO REPRODUCTIVO

Fecha	Resultado del Examen Andrológico	Época de empadre	Cantidad de hembras expuestas	Notas

NÚMERO:

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

CONTROL DE CIRCUNFERENCIA ESCROTAL

EDAD	205 DÍAS	1 Año	18 Meses	24 Meses	_____	_____
CE (CM)						
PESO (kg)						

REGISTRO REPRODUCTIVO

Fecha	Resultado del Examen Andrológico	Época de empadre	Cantidad de hembras expuestas	Notas

NÚMERO:

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

CONTROL DE CIRCUNFERENCIA ESCROTAL

EDAD	205 DÍAS	1 Año	18 Meses	24 Meses	_____	_____
CE (CM)						
PESO (kg)						

REGISTRO REPRODUCTIVO

Fecha	Resultado del Examen Andrológico	Época de empadre	Cantidad de hembras expuestas	Notas

NÚMERO:

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

CONTROL DE CIRCUNFERENCIA ESCROTAL

EDAD	205 DÍAS	1 Año	18 Meses	24 Meses	_____	_____
CE (CM)						
PESO (kg)						

REGISTRO REPRODUCTIVO

Fecha	Resultado del Examen Andrológico	Época de empadre	Cantidad de hembras expuestas	Notas

NÚMERO:

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

CONTROL DE CIRCUNFERENCIA ESCROTAL

EDAD	205 DÍAS	1 Año	18 Meses	24 Meses	_____	_____
CE (CM)						
PESO (kg)						

REGISTRO REPRODUCTIVO

Fecha	Resultado del Examen Andrológico	Época de empadre	Cantidad de hembras expuestas	Notas

NÚMERO:

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

CONTROL DE CIRCUNFERENCIA ESCROTAL

EDAD	205 DÍAS	1 Año	18 Meses	24 Meses	_____	_____
CE (CM)						
PESO (kg)						

REGISTRO REPRODUCTIVO

Fecha	Resultado del Examen Andrológico	Época de empadre	Cantidad de hembras expuestas	Notas

NÚMERO:

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

CONTROL DE CIRCUNFERENCIA ESCROTAL

EDAD	205 DÍAS	1 Año	18 Meses	24 Meses	_____	_____
CE (CM)						
PESO (kg)						

REGISTRO REPRODUCTIVO

Fecha	Resultado del Examen Andrológico	Época de empadre	Cantidad de hembras expuestas	Notas

NÚMERO:

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

CONTROL DE CIRCUNFERENCIA ESCROTAL

EDAD	205 DÍAS	1 Año	18 Meses	24 Meses	_____	_____
CE (CM)						
PESO (kg)						

REGISTRO REPRODUCTIVO

Fecha	Resultado del Examen Andrológico	Época de empadre	Cantidad de hembras expuestas	Notas

NÚMERO:

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

CONTROL DE CIRCUNFERENCIA ESCROTAL

EDAD	205 DÍAS	1 Año	18 Meses	24 Meses	_____	_____
CE (CM)						
PESO (kg)						

REGISTRO REPRODUCTIVO

Fecha	Resultado del Examen Andrológico	Época de empadre	Cantidad de hembras expuestas	Notas

4.¿Cómo se llenan las fichas de registro de las hembras?

Las fichas de registro se componen de varios elementos, un bloque donde se indica el número de animal, a la izquierda se anota la fecha de nacimiento y las identificaciones de la madre y del padre.

Luego hay un bloque donde se puede anotar el peso al nacimiento (cuando sea posible registrarlos), el peso al destete, el peso al año, el peso a los dos años y el peso a la primera monta.

Gracias a los aportes de productores y técnicos esta versión tiene nuevas secciones como lo son la de control sanitario, donde se señalan la fecha de los tratamientos y se detalla que tipo de tratamiento se realizó.

Se modificó el registro reproductivo, para que contenga más información de utilidad, en esta versión se anota el tipo de evento (monta, IA, sincronización, etc), se indica el número de padre, fechas de posible parto, del parto real, número de parto, sexo de la cría, el intervalo entre partos (IEP), fecha de destete, peso de destete. En caso de ocupar más líneas para anotar más eventos reproductivos, se procede a abrir una continuación del registro en otra sección del libro indicándolo de esta forma en la casilla de Número.

EJEMPLO:

FECHA NACIMIENTO:	23/1/11
RAZA:	PARDO-BRA
NÚMERO MADRE:	42301
NÚMERO PADRE:	54561

NÚMERO:
46784

EJEMPLO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA
40 kg	180 kg	250 kg	300 kg	360 kg

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5.	Producto	Dosis
2/5/2011	Vacuna Triple	Vacuna Tripe, comercial	5 ml
22/5/2011	Vacuna Triple (revacuna)	Vacuna Tripe, comercial	5 ml
2/6/2011	Desparasitación Interna	Ivermectina	1 ml/50 Kg de PV
4/10/2011	Fumigación externa	Coumaphos	1 l /1000 l Agua
5/12/2011	Vitaminas	Producto comercial	20 ml

Gracias al uso de los registros de 2017 el equipo técnico a recolectado por parte de los productores información que va desde dudas, consejos y ajustes a los libros; es por lo anterior que este nuevo formato de ingreso de los datos busca facilitar la recolección de los mismos y la toma de decisiones por parte de los productores.

En la primera casilla se señala la fecha del evento y entre paréntesis, si el mismo fue monta, palpación, inseminación artificial o sincronización; en la segunda casilla (dependiendo del evento) se señala si fue positivo (existe preñez, se dio adecuadamente la monta, se pudo inseminar, etc).

En la tercera casilla se señala el padre (con el código de los 5 dígitos finales del DIO), en la cuarta casilla se pone una fecha estimada del parto (partiendo que la gestación promedio en bovinos ronda los 9 meses); en la quinta casillas se pone el día del parto real, en la sexta casilla se procede a señalar el sexo de la cría, en la séptima el número de parto en la octava cuando procede se señala el IEP, en la novena se señala el número de la cría, en la decima la fecha del destete y en la un decima el peso de la cría al destete.



Sr. Fernando Guadamúz, Finca el Guanacaste, Región Brunca

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

FECHA NACIMIENTO: _____

RAZA: _____

NÚMERO MADRE: _____

NÚMERO PADRE: _____

NÚMERO:

CONTROL DE PESO

NACIMIENTO	DESTETE	PRIMER AÑO	2do AÑO	MONTA

CONTROL SANITARIO

Fecha	Labor realizada; podrá ser: 1. Vacunación. 2. Tratamiento antibiótico 3. Desparasitación (Interna o Externa) 4. Vitaminas. 5. Otros.	Producto	Dosis

5. ¿Cómo se llena el inventario?

A continuación se presentan las hojas de inventario para hembras y machos; hay diferentes agrupaciones clasificadas según su edad; desde animales de menos de 1 año (terneros, terneras) a animales de 1 a 2 años, de 2 a 3 años, vacas y sementales.

En la casilla correspondiente a hembras o machos se anota la fecha en que se realiza el inventario; luego según la clasificación se anotan los números de identificación en la casilla respectiva y se totalizan por categoría, luego por sexo hasta que al final nos da el dato de cuantos animales en total se tiene en la finca en un periodo dado.

Realizar el inventario de animales siempre es importante porque así se pueden identificar los cambios de mayor importancia en las diferentes categorías y se totaliza la cantidad de animales que hay en la finca. Se recomienda hacer por lo menos un inventario al año en la finca.



Proceso de Capacitación del PPN, Región Huetaar Caribe, Fotografía: Jorge Segura

FECHA:		
HEMBRAS	Identificación de los animales dentro de la categoría	CANTIDAD
Menos de 1 año		
1 a 2 años		
2 a 3 años		
Vacas		
TOTAL		
MACHOS	Identificación de los animales dentro de la categoría	CANTIDAD
Menos de 1 año		
1 a 2 años		
2 a 3 años		
Más de 3 años		
Sementales		
TOTAL		

FECHA:		
HEMBRAS	Identificación de los animales dentro de la categoría	CANTIDAD
Menos de 1 año		
1 a 2 años		
2 a 3 años		
Vacas		
TOTAL		
MACHOS	Identificación de los animales dentro de la categoría	CANTIDAD
Menos de 1 año		
1 a 2 años		
2 a 3 años		
Más de 3 años		
Sementales		
TOTAL		

FECHA:		
HEMBRAS	Identificación de los animales dentro de la categoría	CANTIDAD
Menos de 1 año		
1 a 2 años		
2 a 3 años		
Vacas		
TOTAL		
MACHOS	Identificación de los animales dentro de la categoría	CANTIDAD
Menos de 1 año		
1 a 2 años		
2 a 3 años		
Más de 3 años		
Sementales		
TOTAL		

FECHA:		
HEMBRAS	Identificación de los animales dentro de la categoría	CANTIDAD
Menos de 1 año		
1 a 2 años		
2 a 3 años		
Vacas		
TOTAL		
MACHOS	Identificación de los animales dentro de la categoría	CANTIDAD
Menos de 1 año		
1 a 2 años		
2 a 3 años		
Más de 3 años		
Sementales		
TOTAL		

FECHA:		
HEMBRAS	Identificación de los animales dentro de la categoría	CANTIDAD
Menos de 1 año		
1 a 2 años		
2 a 3 años		
Vacas		
TOTAL		
MACHOS	Identificación de los animales dentro de la categoría	CANTIDAD
Menos de 1 año		
1 a 2 años		
2 a 3 años		
Más de 3 años		
Sementales		
TOTAL		

FECHA:		
HEMBRAS	Identificación de los animales dentro de la categoría	CANTIDAD
Menos de 1 año		
1 a 2 años		
2 a 3 años		
Vacas		
TOTAL		
MACHOS	Identificación de los animales dentro de la categoría	CANTIDAD
Menos de 1 año		
1 a 2 años		
2 a 3 años		
Más de 3 años		
Sementales		
TOTAL		

6. Comparativo de inventarios.

En esta sección se pasan los datos de las hojas de inventario, esto para comparar la evolución del hato con el pasar de los años.

	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Año 6	Año 7	Año 8
HEMBRAS								
Menos de 1 año								
1 a 2 años								
2 a 3 años								
Vacas								
Total Hembras								
MACHOS								
Menos de 1 año								
1 a 2 años								
2 a 3 años								
Más de 3 años								
Sementales								
Total Machos								
TOTAL GENERAL								

	Año 9	Año 10	Año 11	Año 12	Año 13	Año 14	Año 15	Año 16
HEMBRAS								
Menos de 1 año								
1 a 2 años								
2 a 3 años								
Vacas								
Total Hembras								
MACHOS								
Menos de 1 año								
1 a 2 años								
2 a 3 años								
Más de 3 años								
Sementales								
Total Machos								
TOTAL GENERAL								

NAMA GANADERÍA



Contáctenos:

**Ministerio de
Agricultura y
Ganadería.**

San José, Costa
Rica , Sabana Sur,
Antiguo Edificio La
Salle.

Teléfono: (506) 2231
-23-44 ext.:(158)
(162)

Para mayor
información:

jsegura@mag.go.cr

www.mag.go.cr

www.corfoga.org

www.inta.go.cr



Programa Nacional de Ganadería Costa Rica