

ASOCIACIÓN BRAHMAN DEL ECUADOR

REPORTE MENSUAL DE SERVICIOS



NOMBRE DEL SOCIO: _____

NOMBRE DE LA HACIENDA: _____

MES: _____

No.	Nombre de la Cría	Número privado	Fecha nacimiento	Color	Sexo	Peso al nacer / Kilos	Tipo Parto	Nombre de la Madre	# Registro	Nombre del padre	# Registro	Tipo servicio MN- IA -TE	# Receptora
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													

- * MN (MONTA NATURAL)
- * IA (INSEMINACION ARTIFICIAL)
- * TE (TRASPLANTE EMBRIONARIO)
- * FIV (FERTILIZACIÓN IN VITRO)

OBSERVACIONES: _____

 Firma Responsable:
 Nombre:
 Fecha de entrega:

 Recibido Por:
 Nombre:
 Fecha:



Fecha de inseminación	Días Gestación	Lugar de identificación
