

BOGOTÁ INSTITUTO DISTRITAL DE PROTECCIÓN Y BIENESTAR ANIMAL		PROCESO DE SALUD INTEGRAL DE LA FAUNA			
ACTA ESTRATEGIA CES		Codigo: PM01-PR10-F01 Version: 3.0			
1. INFORMACIÓN DE LA SOLICITUD (única respuesta)					
No. CES	No. Radicado / Incidente	Tipo solicitud		Fecha atención (dd/mm/año)	No. Atención
0146	0	Apoyo Alcal. mayor ___ Apoyo Alcal. Local ___ Apoyo Progr. IDPYBA ___ Avanzada ___ Pet. Ciudadana ___ Pet. Redes de Prot. <input checked="" type="checkbox"/> Punto Crítico ___		05/04/2023	3
Nombre y apellido petionario		Sexo	Número de contacto	Edad (años)	Localidad
Cristina Peña		F	3164845578	46	Cristina Peña / Bogotá / Martires
Dirección		Vía	Hogar de paso/fundación	Barrio	Bodega
C117 #14-22		Parqueadero	Universidad	Potrero	Plaza de mercado
		Finca	Demolición	Conjunto residencial	Construcción abandonada
2. INFORMACIÓN RELACIONADA A LA ATENCIÓN (única respuesta)					
¿Fue efectiva?					
SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
Porque NO fue efectiva atención					
No se encontró animal ___ Animal esterilizado ___ No se logra captura ___ Animal fue adoptado y/o recogido ___ Animal falleció ___ Propietario NO vulnerable ___ Peticionario NO acepta protocolo CES ___ No se ubica petionario ___ No se encuentra dirección ___ Se requiere permiso ___ Personal insuficiente ___ Transporte cancelado ___ Inseguridad ___ Otro: ___					
Especie animal		Tipo animal habitabilidad de calle		Tipo propietario en condición de vulnerabilidad	
Perro ___ Gato <input checked="" type="checkbox"/> Perro y gato ___		Feral <input checked="" type="checkbox"/> Semiferal ___ Callejero ___ Comunitario ___ Propietario vulnerable ___		Habitante de calle ___ Síndrome de Noé ___ Migrante ___ Desplazado ___ Adulto Mayor ___ Discapacitado ___ Gestante ___ Habitante periferia/zona rural ___	
				Pertinencia étnica propietario	
				Indígena ___ etnia ___ Raizal ___ Palenquero ___ ROM ___ Afrodescendiente ___	
3. INFORMACIÓN RELACIONADA A LA ACTIVIDAD (multiple respuesta)					
Tipo de actividad: Llamada ___ Diagnóstico ___ Seguimiento ___ Acompañamiento ___ Avanzada ___ Recolección esterilización ___ Captura ___ Captura esterilización <input checked="" type="checkbox"/> Entrega animal a propietario ___ Liberación ___ Traslado UCA/programa IDPYBA ___					
Metodo de captura usado		Animal(es) Ingres a la UCA /entregado a otro programa?		Nombre y apellido de quien recibe (exclusivo IDPYBA)	
Ninguno ___ Entrega voluntaria ___ Manual ___ Malla <input checked="" type="checkbox"/> Pétiga ___ Jaula ___ Lazo ___ Rifle de tranquilizantes ___ Cerbatana ___ Corral ___ Comunitario ___		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>			
		Fecha de ingreso a la UCA o de entrega a otro programa (dd/mm/año):			
4. RESULTADOS DE LA ACTIVIDAD					
Mediante este documento, el cual ha sido leído e informado en su totalidad al petionario(a) y/o testigo del(los) individuo(s) que ingresan a la estrategia CES, el Instituto Distrital de Protección y Bienestar Animal informa, que los animales serán esterilizados y devueltos al lugar de captura o recolección. En caso de ser cachorros menores de tres meses o un apoyo a otro programa misional, se capturará y/o trasladará al programa misional que continúa su atención. Adicional, se realizará exámenes médicos y conductuales que determinen si los animales son portadores de enfermedades zoonóticas (que afecten al ser humano), que comprometan la salud pública o constituyan fuente de propagación de enfermedades transmisibles o exóticas para los animales, caso en el cual, se procederá a practicar la eutanasia humanitaria de conformidad con el artículo 19 de la Ley 576 de 2000. Entiéndase eutanasia como "la muerte sin dolor", la cual es considerada en medicina veterinaria como un recurso terapéutico (a condiciones físicas que generan dolor y sufrimiento) y como una medida sanitaria, en cuyo caso será obligatoria.					
Item de actividad	Canino		Felino		Fecha (dd/mm/año)
	H	M	H	M	
Observados avanzada/ Diagnóstico					
Cachorros (< 3 meses)					
Capturados	0	0	1	2	
Recolectados					
Esterilizados	0	0	1	2	
Liberados	0	0	1	2	
Entregados					
En cara posterior, se identifica los animales esterilizados por la estrategia CES y responsable de animal					
Observaciones					
Se brinda la atención completa a esta solicitud, cerrando así esta colonia reproductiva.					



PROCESO DE SALUD INTEGRAL DE LA FAUNA										BOGOTÁ		INSTITUTO VETERINARIO DE PROTECCIÓN Y BIENESTAR ANIMAL		
ACTA ESTRATEGIA CES										Version: 3.0				
Codigo: PM01-PR10-F01														
5. DATOS INDIVIDUALES DE ANIMALES INGRESADOS A ESTRATEGIA CES										Datos responsable animal o de programa IDPYBA				
Datos individuales captura-esterilización										Datos Liberación				
No.	Especie	Sexo	No. Microchip	No. Chapeta	Dirección Jornada de esterilización	días pos operatorio	Alimento entregado (kg)	Liberado/ devuelto	Queda en UCA definitivo	hogar de paso definitivo	Nombre y apellido responsable (en caso de ser entregado a programa interno, adicionar el programa al que pertenece el responsable)	Tipo Id	No. ID	Firma de aprobación consentimiento
	C_FX	M_X	981020049445174	0. Cra 106A #67 02.		1.	0.	SI_X NO_	SI_ NO_X	SI_ NO_X		CC	52323 703	
	C_FX	M_X	981020049435666	0. Cra 106A #67 02.		1.	0.	SI_X NO_	SI_ NO_X	SI_ NO_X		CC	52323 703	
	C_FX	M_X	981020045835541	0. Cra 106A #67 02.		1.	0.	SI_X NO_	SI_ NO_X	SI_ NO_X		CC	52323 703	
	C_F	M_H						SI_ NO_	SI_ NO_	SI_ NO_				
	C_F	M_H						SI_ NO_	SI_ NO_	SI_ NO_				
	C_F	M_H						SI_ NO_	SI_ NO_	SI_ NO_				
	C_F	M_H						SI_ NO_	SI_ NO_	SI_ NO_				
	C_F	M_H						SI_ NO_	SI_ NO_	SI_ NO_				
	C_F	M_H						SI_ NO_	SI_ NO_	SI_ NO_				
	C_F	M_H						SI_ NO_	SI_ NO_	SI_ NO_				
	C_F	M_H						SI_ NO_	SI_ NO_	SI_ NO_				
	C_F	M_H						SI_ NO_	SI_ NO_	SI_ NO_				

Información para aprobación consentimiento propietario o cuidador voluntario

Como voluntario cuidador de posoperatorio apruebo: Me comprometo a cuidar y custodiar los animales intervenidos quirúrgicamente por el IDPYBA durante su periodo posquirúrgico. Soy consciente que los animales a mi cargo son responsabilidad del Instituto, y que ante cualquier eventualidad debo informar de manera oportuna. Por su parte, el instituto se compromete a suministrar el alimento necesario durante los días acordados para el posoperatorio. Una vez finalizado, el animal será liberado en su lugar de captura. Puedo voluntariamente solicitar que el animal ingrese a mi hogar de paso de manera definitiva para realizar la gestión para adopción, sin que esto amerite responsabilidad alguna del IDPYBA.

Como Propietario en condición de vulnerabilidad apruebo: En uso pleno de mis facultades mentales, actuando bajo mis convicciones y sin ningún tipo de coacción, certifico mediante este documento legal, que he sido informado por parte del personal del IDPYBA sobre los riesgos que se pueden presentar en el traslado y procedimiento quirúrgico, tales como: escape, efectos secundarios, complicaciones o en casos extremos el fallecimiento. Por otro lado, me informan que el servicio es GRATUITO, que no recibe dinero o especies a cambio de beneficiar a los animales tanto en el transporte como en el procedimiento quirúrgico. Adicionalmente, manifiesto que los animales que entrego son para ser beneficiarios del programa Capturar, Esterilizar, Soltar -CES. Por último, me comprometo a cuidar el postoperatorio del o los animales intervenidos y entregados por mí, según las recomendaciones dadas por los médicos veterinarios operadores del contrato de esterilización, Y EXONERO al Instituto de toda responsabilidad por las posibles complicaciones ya mencionadas.

6. INFORMACIÓN DE SEGUIMIENTO DE ACTA

Nombre y apellido técnico(s) IDPYBA que prestan atención	Firma(s)	Firma técnico que digita acta	Firma de quién recibe acta en físico	Firma técnico que carga acta a drive de soportes
Aliceth Rodríguez Guerrero.	Aliceth RG.	Nombre completo: _____ Fecha de digitación: [ ][ ] [ ][ ]	Nombre completo: _____ Fecha de entrega: [ ][ ] [ ][ ]	Nombre completo: _____ Fecha de cargue a drive: [ ][ ] [ ][ ]