

PROCESO DE SALUD INTEGRAL DE LA FAUNA										BOGOTÁ INSTITUTO DISTRITAL DE PROTECCIÓN Y BIENESTAR ANIMAL	
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	Cerrar caso	Zona		
42	0	Apoyo Alcal. mayor _____ Apoyo Alcal. Local _____ Apoyo Progr. IDPYBA _____ Avanzada _____ Pet. Ciudadana _____ Pet. Redes de Prot. _____ Punto Crítico <input checked="" type="checkbox"/>				16/03/2023	4	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	CO_N <input type="checkbox"/> S_SO <input checked="" type="checkbox"/>		
Nombre y apellidos peticionario		Sexo	Número de contacto	Edad (años)	Correo electrónico	Localidad		Barrio			
Yudi Gomez		F	381222963	0		Bosa		San Jose			
Dirección		Lugar de atención									
Diagonal 95 Sur # 88-02		Vía _____ Hogar de pasofundación _____ Barrio <input checked="" type="checkbox"/> Bodega _____ Colegio _____ Parque _____ Centro médico _____ Lote _____ Parquetadero _____ Universidad _____ Potrero _____ Plaza de mercado _____ Humedal _____ Relleno Sanitario _____ Vivienda _____ Cerro _____ Finca _____ Demolición _____ Conjunto residencial _____ Construcción abandonada _____ Otro: _____									
2. INFORMACIÓN RELACIONADA A LA ATENCIÓN (única respuesta)											
¿Fue efectiva?											
SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 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 peticionario _____ 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				Pertinencia étnica propietario			
Perro _____ Gato _____ Perro y gato <input checked="" type="checkbox"/>		Feral _____ Semiferal <input checked="" type="checkbox"/> Callejero _____ Comunitario _____ Propietario vulnerable _____		Habitante de calle _____ Síndrome de Noe _____ Migrante _____ Desplazado _____ Adulto Mayor _____ Discapacitado _____ Gestante _____ Habitante periferia / zona rural _____				Indígena _____ etnia _____ Raizal _____ Palenquero _____ ROM _____ Afrodescendiente _____			
3. INFORMACIÓN RELACIONADA A LA ACTIVIDAD (múltiple respuesta)											
Tipo de actividad: Llamada _____ Diagnóstico _____ Seguimiento _____ Acompañamiento _____ Avanzada <input checked="" type="checkbox"/> Recolección esterilización <input checked="" type="checkbox"/> Captura _____ Captura esterilización <input checked="" type="checkbox"/> Entrega animal a propietario <input checked="" type="checkbox"/> Liberación _____ Traslado UCA/programa IDPYBA _____											
Método de captura usado				Animal(es) ingresa a la UCA / entregado a otro programa?		SI _____ NO _____		Nombre y apellido de quien recibe (exclusivo IDPYBA)		Firma	
Ninguno _____ Entrega voluntaria <input checked="" type="checkbox"/> Manual <input checked="" type="checkbox"/> Malla _____ Perro _____ Jaula _____ Lazo <input checked="" type="checkbox"/> Rifle de tranquilizantes _____ Cerbatana _____ Corral _____ Comunitario _____				Fecha de ingreso a la UCA o de entrega a otro programa (dd/mm/año):		<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>					
4. RESULTADOS DE LA ACTIVIDAD											
Mediante este documento, el cual ha sido leído e informado en su totalidad al peticionario/a y/o testigo de(y)os 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)	Datos Testigo y/o peticionario			Técnico(s) Responsable(s)		
	H	M	H	H							
Observados (avanzada/ Diagnóstico)	10	7	11	7	16/03/2023	52821642	Janeth Intocual		Giovanny Rodriguez	Paola Lara	
					Hora inicio: 9:00						
					Hora fin: 6:00						
Cachorros (< 3 meses)	1	1	1	1							
					Hora inicio:						
					Hora fin:						
Capturados	1	1	1	1							
					Hora inicio:						
					Hora fin:						
Asociados	6	5	9	10	17/03/2023	52752397	Yudi Gomez	Yudi Gomez	Giovanny Rodriguez	Paola Lara	
					Hora inicio: 9:30						
					Hora fin: 10:00						
Esterilizados	6	5	6	8	17/03/2023	8094124	Placido Ruiz	Placido Ruiz	Giovanny Rodriguez	Paola Lara	
					Hora inicio: 12:00						
					Hora fin: 4:00						
Liberados	1	1	1	1							
					Hora inicio:						
					Hora fin:						
Entregados	6	5	6	9	17/03/2023	52752397	Yudi Gomez	Yudi Gomez	Giovanny Rodriguez	Paola Lara	
					Hora inicio: 5:30						
					Hora fin: 6:30						
En cara posterior se identifica los animales esterilizados por la estrategia CES y responsable de animal											
Observaciones											
El día 17 de marzo del presente año después de realizar la recolección de los animales sobre los 10am nos trasladamos al otro punto de recolección donde finalmente a los 4pm de allí nos trasladamos a la jornada de esterilización en otro sector con dirección a #69a Sur, allí llegamos a las 12 pm, empezando a sacar los perros nos encontramos con 4 de ellos ya fallecidos, probablemente por aboga por hipotermia, los propietarios son informados de inmediato explicando la situación y el riesgo.											

BOGOTÁ			PROCESO DE SALUD INTEGRAL DE LA FAUNA										BOGOTÁ	
			ACTA ESTRATEGIA CES											
			Codigo: PM01-PR10-F01					Version: 3.0						
5. DATOS INDIVIDUALES DE ANIMALES INGRESADOS A ESTRATEGIA CES														
Datos individuales captura-esterilización							Datos Liberación			Datos responsable animal o de programa IDPYBA				
No.	Especie	Sexo	No. Microchip	No. Chapeta	Dirección jornada de esterilización	días posoperatorio	Alimento entregado (kg)	Liberado/ devuelto	Queda en LICA 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
1	CX	M	981020045850121	0		3	0	SI NO	SI NO	SI NO	Gabriel Misanes	CC	18995016	Gabriel H.
2	CX	M	Fallecido					SI NO	SI NO	SI NO	Brandon pizeros	CC	1012401843	Blc
3	CX	M	981020045928437	0		3	0	SI NO	SI NO	SI NO	Brandon pizeros	CC	1012401843	Blc
4	CX	M	Fallecido					SI NO	SI NO	SI NO	Brandon pizeros	CC	1012401843	Blc
5	CX	M	981020045928037	0		3	0	SI NO	SI NO	SI NO	Brandon pizeros	CC	1012401843	Blc
6	CX	M	981020045804141	0		3	0	SI NO	SI NO	SI NO	Yudi Gomez	CC	52752397	Yudi Gomez
7	CX	M	981020045786998	0		3	0	SI NO	SI NO	SI NO	Yudi Gomez	CC	52752397	
8	CX	M	981020045798315	0		3	0	SI NO	SI NO	SI NO	Yudi Gomez	CC	52752397	Yudi Gomez
9	CX	M	981020045795242	0		3	0	SI NO	SI NO	SI NO	Yudi Gomez	CC	52752397	
10	CX	M	981020045812055	0		3	0	SI NO	SI NO	SI NO	Martha Castaño		3766269	Martha Castaño
11	CX	M	981020045856901	0		3	0	SI NO	SI NO	SI NO	INGRID DAZA		1012412760	ingrid daza

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 mencionas.

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 soporte
Giovanny Rodríguez García				
		Nombre completo:	Nombre completo:	Nombre completo:
		Fecha de digitación: [] [] []	Fecha de entrega: [] [] []	Fecha de cargue a drive: [] [] []

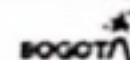


PROCESO DE SALUD INTEGRAL DE LA FAUNA

ACTA ESTRATEGIA CES

Codigo: PM01-PR10-F01

Version: 3.0



INSTITUTO DE PROTECCIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA FAUNA

5. DATOS INDIVIDUALES DE ANIMALES INGRESADOS A ESTRATEGIA CES

Datos individuales captura-esterilización								Datos Liberación			Datos responsable animal o de programa IOPRYFA			
No.	Especie	Sexo	No. Microchip	No. Chapeta	Dirección jornada de esterilización	días posoperatorio	Alimento entregado (kg)	Liberado/ devuelto	Queda en LCA 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
12	C	M	Fallecido					SI NO	SI NO	SI NO	Lilmy Martinez		2461007	Lilmy M.
13	C	M	Fallecido					SI NO	SI NO	SI NO	Yolimar Nauta		2461008	Yolimar N.
14	C	M		0		3	0	SI NO	SI NO	SI NO	OLIVERA MORENO		20336868x	
15	C	M		0		3	0	SI NO	SI NO	SI NO				
16	C	M		0		3	0	SI NO	SI NO	SI NO				
17	C	M		0		3	0	SI NO	SI NO	SI NO	Nidia Roca Los		52464593	Nidia Roca
18	C	M		0		3	0	SI NO	SI NO	SI NO	Nidia Roca Los		52464593	Nidia Roca
19	C	M		0		3	0	SI NO	SI NO	SI NO	Ruth Patricia Pina R		52464593	Ruth Pina
20	C	M		0		3	0	SI NO	SI NO	SI NO	Geidy Ocaza		70123724	Geidy Ocaza
21	C	M		0		3	0	SI NO	SI NO	SI NO	Marlen Bernate		102444153	Marlen Bernate
22	C	M		0		3	0	SI NO	SI NO	SI NO	Omar Acaredo		102444153	Omar Acaredo

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 IOPRYFA 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 IOPRYFA.

Como Propietario en condición de vulnerabilidad apruebo: En un pleno uso 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 IOPRYFA 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 posoperatorio del o los animales intervenidos y entregados por mí, según las recomendaciones dadas por los médicos veterinarios operadores del contrato de esterilización. EXCUSE al Instituto de toda responsabilidad por las posibles complicaciones ya mencionadas.

6. INFORMACIÓN DE SEGUIMIENTO DE ACTA

Nombre y apellido técnico IOPRYFA que presta atención	Firma(s)	Firma técnica que diligita acta	Firma de quién recibe acta en físico	Firma técnica que diligita acta a drive de soporte
Yolimar Nauta				
		Nombre completo	Nombre completo	Nombre completo
		Fecha de digitación	Fecha de entrega	Fecha de carga a drive

PROCESO DE SALUD INTEGRAL DE LA FAUNA										BOGOTÁ INSTITUTO DE PROTECCIÓN Y BIENESTAR ANIMAL				
ACTA ESTRATEGIA CES														
Codigo: PM01-PR10-F01					Version: 3.0									
5. DATOS INDIVIDUALES DE ANIMALES INGRESADOS A ESTRATEGIA CES														
Datos individuales captura-esterilización							Datos Liberación			Datos responsable animal o de programa IDPYBA				
No.	Especie	Sexo	No. Microchip	No. Chapeta	Dirección jornada de esterilización	días posoperatorio	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
23	♀	MX	981020045799113	0		3	0	SI NO	SI NO	SI NO	Ómar Acevedo	cc	1012387834	Ómar Acevedo
23	♀	MX	NO PASÓ					SI NO	SI NO	SI NO	Dilzon	cc	4180630	
25	♀	MX	981020045799812	0		3	0	SI NO	SI NO	SI NO	Marcela Bubu		101909447	Marcela Bubu
26	♀	MX	981020045935570	0		3	0	SI NO	SI NO	SI NO	Marcela Bubu		101909443	Marcela Bubu
28	♀	MX	981020045814973	0		3	0	SI NO	SI NO	SI NO	Homar Carretero		101234630	Homar Carretero
28	♀	MX	981020045832860	0		3	0	SI NO	SI NO	SI NO	Homar Carretero		101234630	Homar Carretero
30	♀	MX	981020049402677	0		3	0	SI NO	SI NO	SI NO	Luisa Florez	d	101240168	Luisa Florez
	♀	MX	981020045834732	0		3	0	SI NO	SI NO	SI NO	Luisa Florez		101240168	Luisa Florez
	♀	MX						SI NO	SI NO	SI NO				
	♀	MX						SI NO	SI NO	SI NO				
	♀	MX						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 mencionas.

6. INFORMACIÓN DE SEGUIMIENTO DE ACTA

Nombre y apellido técnico(s) IDPYBA que prestan atención	Firma(s)	Firma técnico que digita acta	Firma de quien recibe acta en físico	Firma técnico que carga acta a drive de soportes
Giovanny Rodríguez García				
		Nombre completo:	Nombre completo:	Nombre completo:
		Fecha de digitación: [][]	Fecha de entrega: [][]	Fecha de cargue a drive: [][]