	PROCESO DE SALUD INTEGRAL DE LA FAUNA	
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	ACTA ESTRATEGIA CES	BOGOTÁ INSTITUTO DISTRITAL DE PROTECCIÓN Y BIENESTAR ANIMAL
	Codigo: PM01-PR10-F01 / Version: 3.0	

1. INFORMACION DE LA SOLICITUD (única respuesta)

No. CES	No. Radicado / incidente	Tipo solicitud	Fecha atención (dd/mm/año)	No. Atención	Cerrar caso	Zona
		Apoyo Alcal. mayor___ Apoyo Alcal. Local___ Apoyo Progr. IDPYBA___ Avanzada___ Pet. Ciudadana___ Pet. Redes de Prot___ Punto Crítico___			SI___ NO___	CO__ N__ S__ SO__

Nombre y apellido peticionario	Sexo	Número de contacto	Edad (años)	Correo electrónico	Localidad	Barrio

Dirección	Lugar de atención
	Vía___ Hogar de paso/fundación___ Barrio___ Bodega___ Colegio___ Parque___ Centro médico___ Lote___ Parqueadero___ Universidad___ Potrero___ Plaza de mercado___ Humedal___ Relleno Sanitario___ Vivienda___ Cerro___ Finca___ Demolición___ Conjunto residencial___ Construcción abandonada___ Otro:_____

2. INFORMACION RELACIONADA A LA ATENCION (única respuesta)

¿Fue efectiva?	Porque NO fue efectiva atención
SI___ NO___	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	Pertenencia étnica propietario
Perro___ Gato___ Perro y gato___	Feral___ Semiferal___ Callejero___ Comunitario___ Propietario vulnerable___	Habitante de calle___ Sindrome de Noé___ Migrante___ Desplazado___ Adulto Mayor___ Discapacitado___ Gestante___ Habitante periferia/zona rural___	Indígena___:etnia_____ Raizal___ Palenquero___ ROM___ Afrodescendiente___

3. INFORMACION RELACIONADA A LA ACTIVIDAD (multiple respuesta)

Tipo de actividad: Llamada___ Diagnóstico____ Seguimiento___ Acompañamiento___ Avanzada___ Recolección esterilización___ Captura ___ Captura esterilización___ Entrega animal a propietario___ Liberación___ Traslado UCA/programa IDPYBA___

Metodo de captura usado	Animal(es) ingresa a la UCA /entregado a otro programa ?	Nombre y apellido de quien recibe (exclusivo IDPYBA)	Firma
Ninguno___ Entrega voluntaria___ Manual___ Malla___ Pértiga___ Jaula___ Lazo___ Rifle de tranquilizantes___ Cerbatana___ Corral___ Comunitario___	SI__ NO__ 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 peticionario(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 recoleción. 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 fisicas 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					Hora inicio: Hora fin:	Tipo y No. ID	Nombre y Apellido	Firma	Nombre y Apellido
Cachorros (< 3 meses)					Hora inicio: Hora fin:	Tipo y No. ID	Nombre y Apellido	Firma	Nombre y Apellido
Capturados					Hora inicio: Hora fin:	Tipo y No. ID	Nombre y Apellido	Firma	Nombre y Apellido
Rcolectados					Hora inicio: Hora fin:	Tipo y No. ID	Nombre y Apellido	Firma	Nombre y Apellido
Esterilizados					Hora inicio: Hora fin:	Tipo y No. ID	Nombre y Apellido	Firma	Nombre y Apellido
Liberados					Hora inicio: Hora fin:	Tipo y No. ID	Nombre y Apellido	Firma	Nombre y Apellido
Entregados					Hora inicio: Hora fin:	Tipo y No. ID	Nombre y Apellido	Firma	Nombre y Apellido

En cara posterior, se identifica los animales esterilizados por la estrategia CES y responsable de animal

Observaciones

	PROCESO DE SALUD INTEGRAL DE LA FAUNA	
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	ACTA ESTRATEGIA CES	BOGOTÁ INSTITUTO DISTRITAL DE PROTECCIÓN Y BIENESTAR ANIMAL
	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 pos operatorio	Alimento entregado (kg)	Liberado/ devuelto	Queda en UCA definitivo	hogar de paso definitivo	**Nombre y apellido reponsable** (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__ 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__				
	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 voluntarimente 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 mi, según las recomendaciones dadas por los médicos veterinarios operadores del contrato de esterilización, Y EXONERO al Intituto de toda responsabilidad por las posibles complicaciones ya mencionas.

6. INFORMACION 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
		Nombre completo:	Nombre completo:	Nombre completo:
		Fecha de digitación:	Fecha de entrega:	Fecha de cargue a drive: