

1. INFORMACION DE LA SOLICITUD (única respuesta)

No. CES	No. Radicado / Incidente	Tipo solicitud				Fecha atención (dd/mm/año)	No. Atención	Cerrar caso	Zona
757	SD	Apoyo Alcal. mayor	Apoyo Alcal. Local	Apoyo Progr. IDPYBA	Avanzada	6/3/24	3	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	CO <input type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/>
Nombre y apellido peticionario		Sexo	Número de contacto	Edad (años)	Correo electrónico	Localidad		Barrio	
Ana Maria Preciado		F	2102915899	25	apreciado@unna.edu.co	Tusquevillo		Ciudad Universitaria	
Dirección		Lugar de atención							
Av. CNCS # 26A-87		Vía Hogar de paso/fundación Barrio Bodega Colegio Parque Centro médico Lote Parqueadero Universidad <input checked="" type="checkbox"/> 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? SI NO

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 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 <input type="checkbox"/> Gato <input checked="" type="checkbox"/> Perro y gato <input type="checkbox"/>	Feral <input type="checkbox"/> Semiferal <input type="checkbox"/> Callejero <input checked="" type="checkbox"/> Comunitario <input type="checkbox"/> Propietario vulnerable <input type="checkbox"/>	Habitante de calle <input type="checkbox"/> Síndrome de Noé <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Desplazado <input type="checkbox"/> Adulto Mayor <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Gestante <input type="checkbox"/> Habitante perifera/zona rural <input type="checkbox"/>	Indígena <input type="checkbox"/> etnia _____ Raizal <input type="checkbox"/> Palenquero <input type="checkbox"/> ROM <input type="checkbox"/> Afrodescendiente <input type="checkbox"/>

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) Ingres a la UCA /entregado a otro programa?	Nombre y apellido de quien recibe (exclusivo IDPYBA)	Firma
Ninguno <input type="checkbox"/> Entrega voluntaria <input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Malla <input type="checkbox"/> Pértiga <input checked="" type="checkbox"/> Jaula <input checked="" type="checkbox"/> Lazo <input type="checkbox"/> Rife de tranquilizantes <input type="checkbox"/> Cerbatana <input type="checkbox"/> Corral <input type="checkbox"/> Comunitario <input type="checkbox"/>	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 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 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	M		Tipo y No. ID	Nombre y Apellido	Firma	
Observados avanzada/ Diagnóstico	0	0	0	1	6/3/2024 Hora inicio: 7:30 Hora fin: 7:40	1022405912	VANESSA SANCHEZ	[Firma]	John F. Frueh C. Fuentes
Cachorros (< 3 meses)									
Capturados	0	0	0	1	6/3/2024 Hora inicio: 7:40 Hora fin: 7:48	1022405912	VANESSA SANCHEZ	[Firma]	John F. Frueh C. Fuentes G.
Recolectados									
Esterilizados	0	0	0	1	6/3/2024 Hora inicio: 07:30 Hora fin: 11:45	1022405912	VANESSA SANCHEZ	[Firma]	John F. Frueh C. Fuentes G.
Liberados	0	0	0	1	7/3/2024 Hora inicio: 10:20 Hora fin: 10:30	1020834185	ana maria Preciado	[Firma]	John F. Frueh C. Fuentes G.
Entregados									

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

Observaciones

Al llegar al sitio, se observa que en una de las trampas ligadas desde la noche anterior, se logró la captura de un felino macho, el cual se lleva ajornada de esterilización en la UCA, se resguarda en un predio particular desde la noche.

07-03-2024: se realiza liberación del felino en el lugar de captura en compañía de los ingenieros ambientales de la Universidad Nacional.

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 por operador o	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, adionar el programa al que pertenece el responsable)	Tipo Id	No. ID	Firma de aprobación consentimiento
	C_	M_X	981020045877716	0	V. 106 A	0	0	SI_ NO_	SI_ NO_X	SI_ NO_X	VANESSA SANGAER		10220312	
	C_	F_			67-02			SI_ NO_	SI_ NO_	SI_ NO_				
	C_	F_						SI_ NO_	SI_ NO_	SI_ NO_				
	C_	F_						SI_ NO_	SI_ NO_	SI_ NO_				
	C_	F_						SI_ NO_	SI_ NO_	SI_ NO_				
	C_	F_						SI_ NO_	SI_ NO_	SI_ NO_				
	C_	F_						SI_ NO_	SI_ NO_	SI_ NO_				
	C_	F_						SI_ NO_	SI_ NO_	SI_ NO_				
	C_	F_						SI_ NO_	SI_ NO_	SI_ NO_				
	C_	F_						SI_ NO_	SI_ NO_	SI_ NO_				
	C_	F_						SI_ NO_	SI_ NO_	SI_ NO_				
	C_	F_						SI_ NO_	SI_ NO_	SI_ NO_				
	C_	F_						SI_ NO_	SI_ NO_	SI_ NO_				
	C_	F_						SI_ NO_	SI_ NO_	SI_ NO_				
	C_	F_						SI_ NO_	SI_ NO_	SI_ NO_				
	C_	F_						SI_ NO_	SI_ NO_	SI_ NO_				
	C_	F_						SI_ NO_	SI_ NO_	SI_ NO_				

Información para aprobación consentimiento propietario o cuidador voluntario

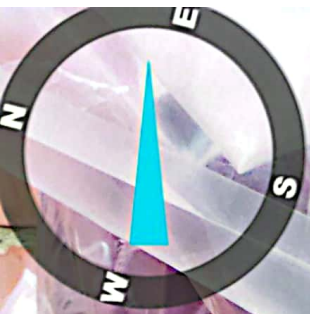
Como voluntario cuidador de posoperatorio apruebo: Me comprometo a cuidar y custodiar los animales intervenidos quirúrgicamente por el IDPYBA durante su periodo posquirúrgico. Soy consciente que los animales a mi cargo son responsabilidad del Instituto, y que ante cualquier eventualidad debo informar 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 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: John Freddy C. F. S. G.
 Firma de quién recibe acta en físico:

Nombre completo: Alexandro Casarod
 Fecha de entrega: / /
 Fecha de carga a drive: / /



6 mar 2024 07:46:27
4.63996285N 74.09034688W
75° E

2647 Carrera 45
Teusaquillo

Bogotá

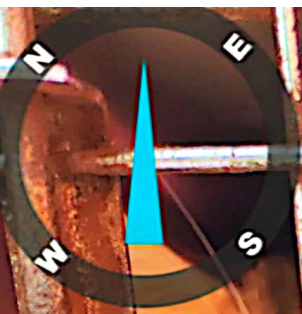
Altitud: 2577.7m

Velocidad: 0.0km/h

John cifu

Número de Índice: 1496





7 mar 2024 10:28:26
4.63998294N 74.09037279W

49° NE
2647 Carrera 45
Teusaquillo

Bogotá
Altitud: 2586.3m
Velocidad: 0.0km/h
John cifu

Número de Índice: 1527

