**INFORME FINAL 2020**

**Plan Veterinario en Marcha (PVEM)**

1. **Antecedentes generales**

|  |
| --- |
| **Fecha emisión:** |
| **Número de informe:** |
| **Región:** |
| **Provincia:** |
| **Comunas:** |
| **Nombre completo:** |
| **RUT:** |
| **Jornada laboral ejecutada:**  Días de inasistencia (fechas y N° total):  Días de recuperación (fechas y N° total): |
| **Recinto provincial donde ejecutó labores**:  Dirección física:  Dependencia (Unidad/dirección): |
| **Nombre jefe/a directo del proyecto:** |

1. **Actividades**
2. **Registro Nacional de Mascotas o Animales de Compañía**

Indique el N° total animales registrados por Ud. en cada comuna:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de inscripción** | **Comuna** | **N° caninos** | **N° felinos** | **N° de personas responsables** |
| Presencial |  |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |  |

1. **Difusión**

En esta tabla usted debe completar los antecedentes de todas las actividades de difusión realizadas por usted, como parte de este proyecto (tales como entrevistas en radios, en programas de televisión, módulos informativos en eventos, ferias, entre otros), asimismo, si participó en eventos del Programa (Petpelusa, Mascota Protegida en tu plaza, seminarios, etc).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha** | **Medio de difusión** | **Contenidos/Temas** | **Comuna** | **Alcance** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Medio de difusión: se refiere a los nombres de los medios donde se efectuó la difusión.

Alcance: se refiere a la cobertura del medio de difusión.

Este ítem no considera el pendón, pasacalle y afiches considerados en la postulación del proyecto.

1. **Atenciones veterinarias**

En esta tabla usted debe completar los antecedentes de todas las actividades clínicas realizadas, como parte de este proyecto. Tipo atención se refiere a: Implantaciones de microchip, Atención primaria veterinaria, Antiparasitario interno y Antiparasitario externo.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Mes n°1: | | | | |
| **Tipo de atención** | **N° caninos** | **N° felinos** | **Totales** | **Comuna** |
| Id. Implantación microchip | xx | xx | xx | xxxxxxxxx |
| xx | xx | xx | xxxxxxxxx |
| xx | xx | xx | xxxxxxxxx |
| xx | xx | xx | xxxxxxxxx |
| At. Primaria Veterinaria |  |  |  |  |
| Antip. interno |  |  |  |  |
| Antip. externo |  |  |  |  |
| Mes n°2: | | | | |
| **Tipo de atención** | **N° caninos** | **N° felinos** | **Totales** | **Comuna** |
| Id. Implantación microchip |  |  |  |  |
| At. Primaria Veterinaria |  |  |  |  |
| Antip. interno |  |  |  |  |
| Antip. externo |  |  |  |  |
| Mes n°3: | | | | |
| **Tipo de atención** | **N° caninos** | **N° felinos** | **Totales** | **Comuna** |
| Id. Implantación microchip |  |  |  |  |
| At. Primaria Veterinaria |  |  |  |  |
| Antip. interno |  |  |  |  |
| Antip. externo |  |  |  |  |
| Mes n°4: | | | | |
| **Tipo de atención** | **N° caninos** | **N° felinos** | **Totales** | **Comuna** |
| Id. Implantación microchip |  |  |  |  |
| At. Primaria Veterinaria |  |  |  |  |
| Antip. interno |  |  |  |  |
| Antip. externo |  |  |  |  |
| Mes n°5: | | | | |
| **Tipo de atención** | **N° caninos** | **N° felinos** | **Totales** | **Comuna** |
| Id. Implantación microchip |  |  |  |  |
| At. Primaria Veterinaria |  |  |  |  |
| Antip. interno |  |  |  |  |
| Antip. externo |  |  |  |  |
| Mes n°6: | | | | |
| **Tipo de atención** | **N° caninos** | **N° felinos** | **Totales** | **Comuna** |
| Id. Implantación microchip |  |  |  |  |
| At. Primaria Veterinaria |  |  |  |  |
| Antip. interno |  |  |  |  |
| Antip. externo |  |  |  |  |

**Número de servicios totales en Provincia de \_xxxx\_ por Comuna:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de atención** | **N° caninos** | **N° felinos** | **Totales** | **Comuna** |
| Id. Implantación microchip |  |  |  | xxxx |
| At. Primaria Veterinaria |  |  |  |
| Antip. interno |  |  |  |
| Antip. externo |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de atención** | **N° caninos** | **N° felinos** | **Totales** | **Comuna** |
| Id. Implantación microchip |  |  |  | xxxx |
| At. Primaria Veterinaria |  |  |  |
| Antip. interno |  |  |  |
| Antip. externo |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de atención** | **N° caninos** | **N° felinos** | **Totales** | **Comuna** |
| Id. Implantación microchip |  |  |  | xxxx |
| At. Primaria Veterinaria |  |  |  |
| Antip. interno |  |  |  |
| Antip. externo |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de atención** | **N° caninos** | **N° felinos** | **Totales** | **Comuna** |
| Id. Implantación microchip |  |  |  | xxxx |
| At. Primaria Veterinaria |  |  |  |
| Antip. interno |  |  |  |
| Antip. externo |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de atención** | **N° caninos** | **N° felinos** | **Totales** | **Comuna** |
| Id. Implantación microchip |  |  |  | xxxx |
| At. Primaria Veterinaria |  |  |  |
| Antip. Interno |  |  |  |
| Antip. Externo |  |  |  |

**Si corresponde ESTERILIZACION:**

Sumatorias totales de operativos supervisados por el PVEM y número de animales esterilizados por proveedor:

|  |  |
| --- | --- |
| N° total Operativos de esterilización supervisados  N° total Animales esterilizados por proveedor |  |
|  |

**Resumen total FINAL:** N° todos los procedimientos realizados Provincia de xxxx

|  |  |
| --- | --- |
| N° animales inscritos en Registro Nacional de Mascotas |  |
| N° Reuniones con actores sociales |  |
| N° Charlas/talleres educativos |  |
| N° de actividades de difusión |  |
| N° Identificación N° Microchip implantados  N° Validaciones realizadas |  |
|  |
| N° Animales que recibieron Atención Primaria Veterinaria (ATV) |  |
| N° Animales desparasitados internamente |  |
| N° Animales desparasitados externamente |  |

Otro: N° Ficha complemento PVEM utilizadas en total proyecto: \_\_\_

**Meta N° microchip proyecto: \_\_\_ N° microchip implantados en total: \_\_\_**

**Porcentaje de avance total proyecto (%): \_\_\_\_\_**

1. **Otras actividades**

Mencione aquí otras actividades desarrolladas por usted como parte de este proyecto, no incluidas en los puntos anteriores, tales como: jornadas de adopción, supervisión de operativos, participación en el COE comunal; iniciativas con otras entidades públicas (SAG/CONAF/PDI/MINSAL, etc) otras; especificando el rol desempeñado.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fecha** | **Actividad** | **Rol desempeñado** |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Capacitaciones PTRAC**

Mencione aquí todas las actividades de capacitación formal y no formal realizadas por el Programa, ya sea de nivel regional (capacitaciones del asesor/a URS, mesas de trabajo, seminario) o nacional (curso e-learning “Mascota Protegida”), diplomado), a las que Ud. asistió como participante.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha** | **Nombre capacitación** | **Temas capacitación** | **Nombre recinto** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Observaciones**

Mencione aquí dificultades, recomendaciones y/o aclaraciones.

1. **Medios de verificación**

Los medios de verificación para cada una de las actividades deben ser incluidas como anexo al presente informe, y deben ir cada uno acompañado de su descripción (fecha, tipo de actividad desarrollada, lugar de realización etc).

Debe adjuntar acta de asistencia para cada una de ellas y otros medios de verificación (fotografías, posteos en redes sociales, publicaciones en páginas web, recortes de prensa, etc).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre y firma veterinario PVEM |  | Nombre, firma y timbre UT |

**\*Este documento debe ser presentado completo, con firma y timbre de la Unidad Técnica Gobernación en PDF**

**ANEXO FOTOGRAFÍAS**