uesvalle
Unidad Ejecutora de Saneamiento del Valle del Cauca

REPORTE DE ACTIVIDADES MENSUAL (RAM)

CÓDIGO:	F-PO-14
VERSIÓN:	3.0
FECHA:	Mar. 01 de 2021
PAGINA:	1 DE 1

Area Operativa: SUR CALI **Mes:** DICIEMBRE **Año:** 2021 **NOMBRE:** MONICA TOURZAD

Municipio	Código de Actividad	Concentración	T x A	ACTIVIDADES (En número)						ACTIVIDADES (En horas)						LOGROS																										Observaciones
				MES			Acumulado Año / Periodo			MES			Acumulado Año / Periodo			Concepto					Muestreos								Atencion de Brotes						Medidas de Seguridad					Otros		
				P	E	%	P	E	%	P	E	%	P	E	%	Favorable	Favorable Condicionado	Desfavorable	Pendiente	Establecimiento Cerrado	Agua de consumo	Alimentos	Bebidas	Medicamentos	Agua de uso recreacional	Colinesterasa	Especímenes Biológicos	Tejido Nervioso	ETA´s	Bebidas alcoholicas	Plaguicidas	Sustancias Tóxicas	Zoonosis	Medicamentos	Clausura temporal, total o parcial	Suspensión de actividades	Congelamiento	Decomiso	Destrucción	Nro. de observaciones de APTR	Nro. de Personas Capacitadas	
JAMUNDI	4,26	1	2	63	67	106%	93	97	104%	127	127	100%	186	186	100%																											
JAMUNDI	12,3	6	1	4	4	100%	6	6	100%	4	4	100%	6	6	100%																											
JAMUNDI	12,4	2	9	1	1	100%	2	2	100%	9	9	100%	18	18	100%																											
JAMUNDI	12,5	2	9	1	1	100%	2	2	100%	9	9	100%	18	18	100%																											
JAMUNDI	12,8	1	18				1	1	100%				18	18	100%																											
TOTAL:				69	73	106%	104	108	104%	149	149	100%	246	246	100%																											

Concentración: Nro. de actividades por realizar en el periodo - T x A: Tiempo POA (horas) por cada Actividad - P: Nro. de actividades programadas - E: Nro. de Actividades Ejecutadas. % Porcentaje: (Nro Ejecutado/ Nro. Programado)*100 - Establecimiento cerrado: Ds (desaparecido) o Sf (Sin funcionamiento)

Favorable Condicionado: incluye concepto favorable con requerimientos o recomendaciones APTR: Animales Potencialmente Transmisores de Rabia PQRSDF: Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias y Felicitaciones

Nombre y firma del Responsable de ARO o Supervisor:___________________________

RLR