FORMATO ÚNICO DE INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

1. DATOS GENERALES

FECHA DEL INFORME:	04/12/2023
PERIODO DEL INFORME:	DESDE: 20/09/2023 HASTA: 19/10/2023

2. 1INFORMACIÓN DEL CONTRATO

3.

No. Y FECHA DEL CONTRATO (incluir el número del proceso en Secop)	1869 DEL 14 DE JUNIO DE 2023 NÚMERO DEL PROCESO SECOP II SMC-075-2023
PUBLICADO EN (Marque con X)	SECOP I _____ Ó SECOP II X
CLASE DE CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CARLOS ANDRES AYA PARRADO
No. DE IDENTIFICACIÓN	C.C. 86.064.930
OBJETO:	PRESTACIÒN DE SERVCIOS PARA LA IMPLEMENTACIÒN DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÒN Y CONTROL SANITARIO PARA REDUCIR EL RIESGO DE LA PRESENTACIÒN DE ENFERMEDADES ZOONOTICAS EN VILLAVICENCIO-META
NOMBRE DEL SUPERVISOR CON NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: (De todos los que haya tenido, empezando por el vigente)	YEIDI VIVIANA QUIROGA JIMENEZ CC. 40.343.105
FECHA DESIGNACIÓN SUPERVISIÓN: (De todos los que haya tenido, en orden empezando por el vigente)	20 DE JUNIO DEL 2023
CONDICIONES INICIALES	
VALOR DEL CONTRATO (letras y número):	CINCUENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS M/CTE ($55.000.000)
PLAZO DE EJECUCIÓN:	CINCO (5) MESES
FECHA DE INICIO:	20/06/2023
FECHA DE TERMINACIÓN:	19/11/2023
MODIFICACIONES:	
CESIÓN:	N/A FECHA: DD/MM/AAAA
VALOR DE LA (S) ADICIÓN(ES):	N.A FECHA:
NUEVO VALOR DEL CONTRATO: (INICIAL + ADICIÓN)	N.A
PRORROGAS:	N.A FECHA: DD/MM/AAAA
TOTAL PLAZO DE EJECUCIÓN (INICIAL + PRÓRROGAS)	N.A
SUSPENSIONES:	FECHA: DD/MM/AAAA
REINICIOS:	FECHA DD/MM/AAAA
OTRAS MODIFICACIONES:	FECHA DD/MM/AAAA DESCRIPCIÓN:

Powered by CamScanner

3. INFORME DE ACTIVIDADES:

ACTIVIDAD No. 1

Capturar y transportar animales implicados en casos de agresiones, exposiciones rábicas leves o graves y en eventos de trasmisión de enfermedades zoonoticas, disponibilidad del servicio 24 horas.

Durante el cuarto mes de ejecución realice el servicio de trasporte a 14 animales caninos a las instalaciones del centro zoonosis, de acuerdo a los casos presentados por agresiones de animales potencialmente trasmisores de rabia que fueron reportados por el referente del área de zoonosis.

ACTIVIDAD 1				
CAPTURA Y TRASPORTE				
CASO RAD	NOMBRE	ESPECIE	RAZA	SEXO
009	PEPA	CANINO	CRIOLLO	HEMBRA
010	SUSO	CANINO	CRIOLLO	MACHO
011	MONO	CANINO	CRIOLLO	MACHO
012	CANELO	CANINO	CRIOLLO	MACHO
013	CHENOA	CANINO	CRIOLLO	MACHO
014	CAFÉ	CANINO	CRIOLLO	HEMBRA
015	LULU	CANINO	CRIOLLO	HEMBRA
016	SHANELL	CANINO	DOBERMAN	HEMBRA
017	FALCON	CANINO	PITBULL	MACHO
018	ROKY	CANINO	CRIOLLO	MACHO
019	ESTRELLA	CANINO	CRIOLLO	HEMBRA
020	EMILIO	CANINO	CRIOLLO	MACHO
021	CRACK	CANINO	CRIOLLO	HEMBRA
022	MANCHAS	CANINO	CRIOLLO	HEMBRA

Powered by CamScanner

Municipio de Villavicencio

Proceso Gestión de la Contratación
FORMATO ÚNICO DE INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

REGRISTRO FOTOGRAFICO: CAPTURA Y RECOLECCION ANIMALES






Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

ACTIVIDAD No. 2

Brindar intalaciones clinicas para cada animal en periodo de observación implicados en casos de agresión, exposición rabica leve o grave y en otros eventos de transmisión de enfermedades zoonóticas de acuerdo al periodo de cuarentena de la enfermedad

Durante el cuarto mes de ejecución se alojaron en las instalaciones clínicas 14 animales que requerían observación por agresiones por evento 300 (APTR), y se tuvieron en observación durante un periodo de 10 días en los cuales donde se valoró la conducta de cada uno y se hizo seguimiento médico.

ACTIVIDAD 2			
INSTALACIONES CLINICAS			
# CASO	ESPECIE	RAZA	DIAS EN OBSERVACION
009	CANINO	CRIOLLO	10
010	CANINO	CRIOLLO	10
011	CANINO	CRIOLLO	10
012	CANINO	CRIOLLO	10
013	CANINO	CRIOLLO	10
014	CANINO	CRIOLLO	10
015	CANINO	CRIOLLO	10
016	CANINO	DOBERMAN	10
017	CANINO	PITBULL	10
018	CANINO	CRIOLLO	10
019	CANINO	CRIOLLO	10
020	CANINO	CRIOLLO	10
021	CANINO	CRIOLLO	10
022	CANINO	CRIOLLO	10

Powered by CamScanner

REGISTRO FOTOGRAFICO: ANIMALES EN OBSERVACION



Powered by CamScanner





ACTIVIDAD No. 3

Suministrar el alimento necesario a cada animal que se encuentra en el periodo de observación en el centro de zoonosis, de acuerdo a la especie y edad los días de cuarentena.

Durante el periodo de cuarentena los pacientes fueron alimentados con 2 raciones diarias de alimento para adulto (alimento concentrado).

ACTIVIDAD 3				
SUMINISTRO DE ALIMENTO				
# CASO	**ESPECIE**	**RAZA**	**DIAS EN OBSERVACION**	**RACION TOTAL ALIMENTO**
009	CANINO	CRIOLLO	10	7000 gramos (7kg)
010	CANINO	CRIOLLO	10	7000 gramos (7kg)
011	CANINO	CRIOLLO	10	7000 gramos (7kg)
012	CANINO	CRIOLLO	10	7000 gramos (7kg)
013	CANINO	CRIOLLO	10	7000 gramos (7kg)
014	CANINO	CRIOLLO	10	7000 gramos (7kg)
015	CANINO	CRIOLLO	10	7000 gramos (7kg)
016	CANINO	DOBERMAN	10	7000 gramos (7kg)
017	CANINO	PITBULL	10	7000 gramos (7kg)
018	CANINO	CRIOLLO	10	7000 gramos (7kg)
019	CANINO	CRIOLLO	10	7000 gramos (7kg)

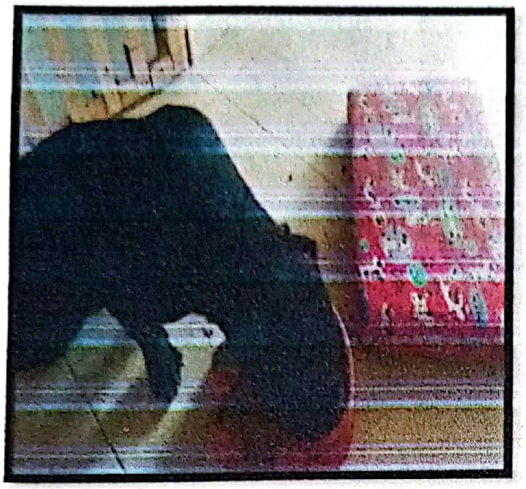
Powered by CamScanner

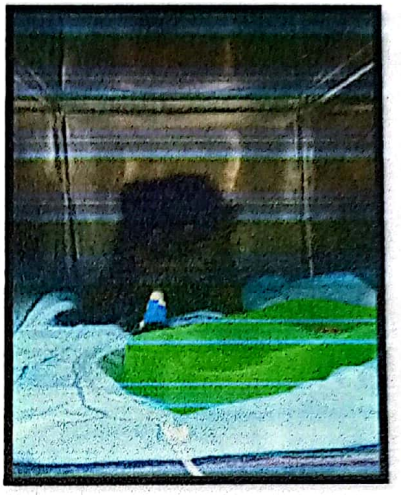
020	CANINO	CRIOLLO	10	7000 gramos (7kg)
021	CANINO	CRIOLLO	10	7000 gramos (7kg)
022	CANINO	CRIOLLO	10	7000 gramos (7kg)

REGISTRO FOTOGRAFICO: SUMINISTRO DE ALIMENTO



Powered by CamScanner





ACTIVIDAD No. 4

Realizar evaluación médica veterinaria de cada animal en observación, diligenciando historia clínica por paciente.

Los animales recibidos en el centro zoonosis se les realizo valoración médica veterinaria, diligenciando el formato de historia clínica, en cada caso se procede a realizar la toma de exámenes respectivos según el caso para ajuste del diagnóstico, llevando el registro.
Se anexan las historias clínicas.

REGISTRO FOTOGRAFICO: CONSULTA INICIAL A PACIENTE AGRESOR.







Powered by CamScanner



ACTIVIDAD No. 5

Realizar procedimiento medico de acuerdo al diagnóstico en cada animal.

En esta actividad se realizan los tratamientos médicos requeridos para cada caso, de acuerdo a los diagnósticos presuntivos, y la sintomatología en cada paciente, la cual se evidencia en la hoja de evolución en cada historia clínica, y se resume en la siguiente tabla.

Powered by CamScanner

ACTIVIDAD 5			
PROCEDIMIENTO MEDICO			
# CASO	ESPECIE	NOMBRE	TIPO PROCEDIMIENTO
009	CANINO	PEPA	DESPARASITACION,ANALGESICOS, ANTIBIOTICOS, COMPLEJO B, FLUIDOTERAPIA.
010	CANINO	SUSO	DESPARASITACION,ANALGESICOS, ANTIBIOTICOS, COMPLEJO B, FLUIDOTERAPIA.
011	CANINO	MONO	DESPARASITACION,ANALGESICOS, ANTIBIOTICOS, COMPLEJO B, FLUIDOTERAPIA.
012	CANINO	CANELO	DESPARASITACION,ANALGESICOS, ANTIBIOTICOS, COMPLEJO B, FLUIDOTERAPIA.
013	CANINO	CHENOS	DESPARASITACION,ANALGESICOS, ANTIBIOTICOS, COMPLEJO B, FLUIDOTERAPIA.
014	CANINO	CAFE	DESPARASITACION,ANALGESICOS, ANTIBIOTICOS, COMPLEJO B, FLUIDOTERAPIA.
015	CANINO	LULU	DESPARASITACION,ANALGESICOS, ANTIBIOTICOS, COMPLEJO B, FLUIDOTERAPIA.
016	CANINO	SHANELL	DESPARASITACION,ANALGESICOS, ANTIBIOTICOS, COMPLEJO B, FLUIDOTERAPIA.
017	CANINO	FALCON	DESPARASITACION,ANALGESICOS, ANTIBIOTICOS, COMPLEJO B, FLUIDOTERAPIA.
018	CANINO	ROKY	DESPARASITACION,ANALGESICOS, ANTIBIOTICOS, COMPLEJO B, FLUIDOTERAPIA.
019	CANINO	ESTRELLA	DESPARASITACION,ANALGESICOS, ANTIBIOTICOS, COMPLEJO B, FLUIDOTERAPIA.
020	CANINO	EMILIO	DESPARASITACION,ANALGESICOS, ANTIBIOTICOS, COMPLEJO B, FLUIDOTERAPIA.
021	CANINO	CRACK	DESPARASITACION,ANALGESICOS, ANTIBIOTICOS, COMPLEJO B, FLUIDOTERAPIA.
022	CANINO	MANCHAS	DESPARASITACION,ANALGESICOS, ANTIBIOTICOS, COMPLEJO B, FLUIDOTERAPIA.

Powered by CamScanner

Municipio de Villavicencio

Proceso Gestión de la Contratación
FORMATO ÚNICO DE INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

REGISTRO FOTOGRAFICO: TRATAMIENTO MEDICO



Powered by CamScanner

ACTIVIDAD No. 6

Vigilar la zoonosis mediante el tamizaje para animales que ingresen al centro de zoonosis de acuerdo al diagnóstico clínico, mediante pruebas de laboratorio básico y especializado que se requieran.

Se realizaron pruebas de laboratorio a los pacientes que ingresaron al centro de zoonosis, como medidas de cuarentena sanitarias, y para confirmación de diagnósticos presuntivos con enfermedades zoonóticas, se resumen en la siguiente tabla.

ACTIVIDAD 6			
TAMIZAJES			
# CASO	ESPECIE	NOMBRE	PRUEBA DE LABORATORIO
009	CANINO	PEPA	CUADRO HEMATICO,TEST VIRAL
010	CANINO	SUSO	CUADRO HEMATICO,TEST VIRAL
011	CANINO	MONO	CUADRO HEMATICO,TEST VIRAL
012	CANINO	CANELO	CUADRO HEMATICO,TEST VIRAL
013	CANINO	CHENOS	CUADRO HEMATICO,TEST VIRAL
014	CANINO	CAFE	CUADRO HEMATICO,TEST VIRAL
015	CANINO	LULU	CUADRO HEMATICO,TEST VIRAL
016	CANINO	SHANELL	CUADRO HEMATICO,TEST VIRAL
017	CANINO	FALCON	CUADRO HEMATICO,TEST VIRAL
018	CANINO	ROKY	CUADRO HEMATICO,TEST VIRAL
019	CANINO	ESTRELLA	CUADRO HEMATICO,TEST VIRAL
020	CANINO	EMILIO	CUADRO HEMATICO,TEST VIRAL
021	CANINO	CRACK	CUADRO HEMATICO,TEST VIRAL
022	CANINO	MANCHAS	CUADRO HEMATICO,TEST VIRAL

ACTIVIDAD No. 7

Realizar sacrificio humanitario de animales diagnosticados positivos para enfermedades zoonóticas y disposición final de los residuos peligrosos.

En este periodo SI se realizó sacrificio humanitario a 2 caninoS por agresión a otros animales, el paciente represento un riesgo en la sociedad.

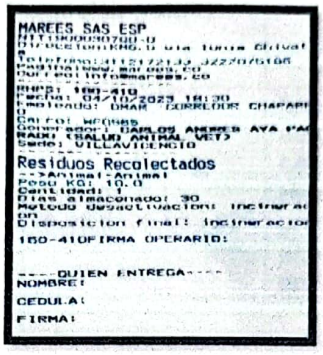
Powered by CamScanner

Municipio de Villavicencio

Proceso Gestión de la Contratación
FORMATO ÚNICO DE INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

REGRISTRO FOTOGRAFICO: SACRIFICIO HUMANITARIO DE ANIMALES y DISPOSICIÓN FINAL







Nota: Los formatos soporte de la actividad se entregan adjuntos a este informe.

CERTIFICACIÓN JURAMENTADA

Como contratista del Municipio de Villavicencio, declaro que toda la información relacionada en el presente informe, corresponde fidedignamente a todas las actividades ejecutadas dentro del presente periodo llevadas a cabo con responsabilidad, diligencia y acatando las normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas para este tipo de contrato, en el Manual de Seguridad y Salud en el Trabajo y Gestión Ambiental; además, di cumplimiento a lo estipulado en la norma y certifico bajo la gravedad de juramento que realicé los pagos correspondientes y en debida forma de mis aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social correspondientes, con los ingresos provenientes del contrato que se relaciona en numeral 2 del presente informe.

CARLOS ANDRES AYA PARRADO
C.C: 86.064.930

4. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

Teniendo en cuenta que mediante acto administrativo del (20/06/2023) como supervisor en plataforma SECOP II, se me designo como SUPERVISOR del contrato de la referencia, me permito verificar el cumplimiento de las obligaciones contractuales en atención a los artículos 83, 84 y siguientes de la Ley 1474 de 2011, y de conformidad con lo dispuesto en el Manual de Interventoría y Supervisión vigente.

Powered by CamScanner

4.1 INFORMACIÓN PRESUPUESTAL.

Número Registro Presupuestal (RP)	Fecha RP	Identificación presupuestal: (rubro)	Concepto	Valor total RP
3409	15/06/2023	Gastos inversión 0403-2-3.19.05.0300.006-02	Implementación de los servicios de prevención control y sanitario para reducir el riesgo de la presentación de enfermedades zoonóticas en Villavicencio, Meta.	$55.000.000
VALOR TOTAL				$55.000.000

BALANCE FINANCIERO. El siguiente es el balance financiero de ejecución contractual, corresponde al PAGO **N°. 4 de 5.**

	Concepto	Valor
A	VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDAS ADICIONES	$55.000.000
B	VALORES PAGADOS	$ 16.800.000
C	**VALOR A PAGAR CON EL PRESENTE INFORME (incluir IVA si aplica)**	$ 28.300.000
D	SALDO PENDIENTE POR PAGAR	$9.900.000
E	Saldo a favor del municipio (en el último periodo de cobro)	**NA**
F	Valor total a liberar del RP (en el último periodo de cobro)	**NA**

4.3 CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES RELATIVAS A LA SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL: *Certifico* que teniendo en cuenta la normatividad vigente sobre dicho aspecto, verifiqué el cumplimiento del pago de aportes a la seguridad social integral (salud, pensión y ARL) *correspondiente al periodo, así:*

Mes Cotizado	Fecha de Pago	Número de planilla	IBC* (base de cotización que cita la planilla de aportes)	Valor pagado en SALUD *	Valor pagado en PENSIÓN*	Valor pagado en ARL*
OCTUBRE	14/11/2023	71927655	$1,908.000	$238.500	$305.300	$46.500

***Se verifica que el valor de los pagos correspondientes a los aportes obligatorios de salud, pensión y Fondos de Seguridad Pensional están calculados con base en el 40% de los honorarios mensuales.**

OBSERVACIONES: N/A

Powered by CamScanner

4.4 CUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA DE LA INFORMACIÓN MANEJADA POR EL CONTRATISTA: Certifico que el contratista hizo entrega en medio magnético y físico de los archivos y documentos y demás información manejada resultante durante el presente periodo de ejecución (la información completa de la ejecución debe reposar en el expediente contractual, si aplica, anexar CD con la información).

OBSERVACIONES: El contratista anexa planillas de seguridad social correspondientes a este periodo.

4.5 CUMPLIMIENTO DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN:

Certifico que el contratista dio cumplimiento a los requisitos y lineamientos establecidos por el Sistema Integrado de Gestión de la siguiente manera:

Sistema de Gestión aplicable	Requisito	Cumplió / No Cumplió
Calidad	Usó la documentación vigente establecida aplicable el desarrollo de las obligaciones contractuales.	CUMPLIÓ
Seguridad y Salud en el Trabajo	Participó de las actividades programadas en SST.	CUMPLIÓ
	Realizó las obligaciones contractuales utilizando los elementos de protección personal o protocolos de bioseguridad.	CUMPLIÓ
	En el desarrollo de sus actividades no incurrió en actividades de riesgo sin el cumplimiento de las medidas y protocolos necesarios.	CUMPLIÓ
Documental	La documentación que generó el contratista está acorde a los lineamientos normativos en materia archivística y política de gestión documental de la entidad.	CUMPLIÓ
Seguridad y Privacidad de la Información	Se manejó reserva de la información utilizada para el desarrollo de sus obligaciones.	CUMPLIÓ
	Se garantizó la integridad y disponibilidad de la información generada de la gestión contractual.	CUMPLIÓ
Medio Ambiente	El desarrollo de las obligaciones contractuales está acorde a los lineamientos normativos vigentes.	CUMPLIÓ

NOTA: Se puede modificar esta información acorde a los requerimientos de cada contrato sin necesidad de actualización del formato, también puede ampliar el detalle de la evaluación.

4.6 EVALUACION Y REEVALAUACIÓN DEL CONTRATISTA

RANGO DE CALIFICACIÓN	
EXCELENTE	El contratista superó las especificaciones técnicas establecidas de los productos o servicios.
EXCELENTE	El contratista cumplió las especificaciones técnicas establecidas de los productos o servicios.

Powered by CamScanner

REGULAR	El contratista en el desarrollo del contrato presentó inconformidades que no son graves, ni se considera que incumplió el mismo.
NO CUMPLE	El contratista en el desarrollo del contrato presentó inconformidades graves y se considera que incumplió el mismo.

EVALUACIÓN Y REEVALUACIÓN DEL CONTRATISTA	**CALIFICACIÓN**
CUMPLIMIENTO (Oportunidad en la entrega de los productos o servicios; Atención a compromisos adquiridos)	EXCELENTE
CALIDAD (Grado en el que el producto o servicio cumple las necesidades y expectativas contractuales)	EXCELENTE
COMUNICACIÓN (Comunicación asertiva durante la ejecución del contrato)	EXCELENTE
EVALUACIÓN GENERAL (Percepción general sobre el producto y/o servicio suministrado)	EXCELENTE

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO:

En mi calidad de supervisor del Contrato de prestación de Servicios No. 1869 de 2023 certifico el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas por parte del contratista y el desarrollo de las actividades descritas en el presente informe que corresponde al PAGO **N°. 04**, así mismo, las relativas al pago de seguridad social integral y a los principios de transparencia propios de la gestión administrativa y contractual, confirmo que fue verificada la publicación en SECOP del presente informe y demás documentos aprobados, razón por la cual se autoriza el pago por el valor de $10.170.000.

VIVIANA QUIROGA

NOMBRE DEL SUPERVISOR: YEIDI VIVIANA QUIROGA JIMENEZ
CARGO DEL SUPERVISOR: Directora de Salud Ambiental
SECRETARIA U OFICINA: Secretaria de Salud, Dirección de Salud Ambiental
TELÉFONO DEL SUPERVISOR: 3114865935
SECRETARIA DE SALUD

Nota: Los datos completos del supervisor son obligatorios, ya que será la persona contacto en caso de alguna solicitud.

Nota. De existir alguna controversia entre el supervisor y el contratista sobre el cumplimiento de las obligaciones pactadas en el contrato, el supervisor podrá hacer el informe individual siguiendo el presente formato y ajustando el párrafo anterior.

ANEXOS:

Soportes de pago de la planilla seguridad social
CD (si aplica).
Otros que considere necesarios.

Powered by CamScanner