CUENTA DE COBRO N°01	
DATOS ENTIDAD CONTRATANTE	
ENTIDAD	ALCALDIA MUNICIPAL SOATA
NIT	891.855.016-1
DATOS CONTRATISTA	
NOMBRE	YUDY ANGELICA OTALORA RODRIGUEZ
CEDULA	33376368 DE TUNJA
PERIODO A COBRAR	
FECHA INICIO	21-02-2024
FECHA FINAL	20-03-2024
POR CONCEPTO DE	
CONCEPTO	"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DE CARÁCTER ASISTENCIAL PARA EL SERVICIO DE SANIDAD ANIMAL EN EL MUNICIPIO DE SOATÁ"
VALOR	UN MILLÓN SEISCIENTOS (1.600.000)
FAVOR CONSIGNAR EL VALOR DE ESTA CUENTA DE COBRO AL:	
BANCO	BANCO AGRARIO DE COLOMBIA
TIPO CUENTA	AHORROS
CUENTA N°	415760069723
FIRMA:	

Yudy Angelica Otalora R

YUDY ANGELICA OTALORA RODRIGUEZ
33376368 DE TUNJA

Banco Agrario de Colombia
El Banco que hace crecer el campo
Nit : 800.037.800-8

CERTIFICACION

El Banco Agrario de Colombia, certifica que: OTALORA RODRIGUEZ YUDY ANGELICA, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA No. 33376368, se encuentra vinculado(a) con nuestra entidad en el producto de: AHO - CUENTAS AHORROS, número 4-157-60-06972-3, en estado ACTIVA.

Se expide en SOATA, a los veinte (20) días del mes de enero de 2024, con destino a: AL INTERESADO.

Banco Agrario de Colombia
Of. Soata - Boyaca

Ana Olavarria
DIRECTOR (A) OFICINA

FIRMA AUTORIZADA

INFORME DE ACTIVIDADES

NÚMERO DE INFORME	1
PERIODO DE SEGUIMIENTO	21-02-2024 a 20-0
FECHA DE ELABORACIÓN	2 DE ABRIL 2024
NOMBRE DEL CONTRATISTA	YUDY ANGELICA OTALORA RODRIGUEZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR	JENNIFER ROCIO PUENTES SOCHA
NÚMERO DE CONTRATO	CPS-MS-N-026-2024
VALOR A COBRAR	UN MILLÓN SEISCIENTOS (1.600.000)

Mediante el presente informe me permito allegar las actividades que realicé, el estado de su cumplimiento y la evidencia que los respalda.

ACTIVIDAD	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
1. Realizar la actualización del censo de caninos en condición de calle.	Se realiza un estudio que nos permite conocer de manera aproximada la cantidad de perros deambulantes en el municipio de soata	Se realizó por medio de una encuesta que reposa en la extensión rural
2. Apoyar las jornadas de esterilización, vacunación y desparasitación en caninos y felinos, que se realicen en el Municipio de Soatá – Departamento de Boyacá.	Se realizaron esterilizaciones, acompañadas de vacunación y desparasitación siendo una estrategia saludable que conlleva bastantes beneficios para caninos y felinos de todas las razas en condiciones de calle.	Evidencia Fotográfica
3. Realizar seis (6) jornadas de capacitación sobre tenencia responsable de caninos y felinos en el Municipio de Soatá.	Concientizar al propietario del animal de forma personalizada a ofrecerle condiciones dignas y adecuadas de alojamiento, alimentación y buen trato cuando decide aceptar y mantener una mascota.	Evidencia Fotográfica
4. Brindar cuidado y sostenimiento de veinte (20) caninos en condición de vulnerabilidad del Municipio de Soatá Departamento de Boyacá.	Se le ha brindado atención a 11 animales en estado de vulnerabilidad; se les ha prestado valoración médica, tratamiento de heridas, desparasitación interna y externa, suministro de complejos multivitamínicos, administración de antibióticos manejo para el dolor , y otras afecciones según se requiera .	Evidencia Fotográfica
5. Realizar seis (6) jornadas de adopción de caninos y felinos en el Municipio de Soatá.	Se han realizado capacitación personalizada a cada una de las personas que han realizado el proceso de adopción haciéndoles saber el compromiso que se debe tener con cada uno de ellos.	Evidencia Fotográfica actas de adopción

6. Apoyar en la correcta gestión, producción y custodia del archivo de gestión, además de diligenciar el formato FUID para los archivos producidos en el marco de la ejecución de su contrato.	Se alimenta el fuid periódicamente	Se entrega la respectiva documentación contractual
7. Cumplir con las normas y responsabilidades del sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.	Se realiza el pago de seguridad social en salud obteniendo de esta forma beneficios como trabajador.	Planillas seguridad social
8. Las demás que se le asignen de acuerdo al objeto del contrato, por parte del Alcalde y el supervisor del contrato.	Estar atenta al llamado por parte del supervisor o la extensión rural	Se han recibido caninos para su debido cuidado y protección.

Allego a este informe el pago de mi seguridad social referente al mes de mes FEBRERO número de planilla N° 1061595547 y MARZO número de planilla N° 1062478085 la respectiva cuenta de cobro.

Atentamente:

Yudy Angelica Otalora R.

YUDY ANGELICA OTALORA RODRIGUEZ

CC 33.376.368 de Tunja

CONTRATISTA

SOPORTES FOTOGRAFICOS

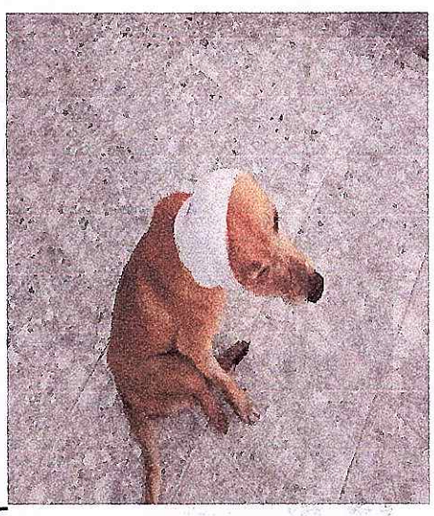
VALORACION MEDICA Y TRATAMIENTO DE HERIDAS:

1) **Canino con laceracion oreja derecha .**









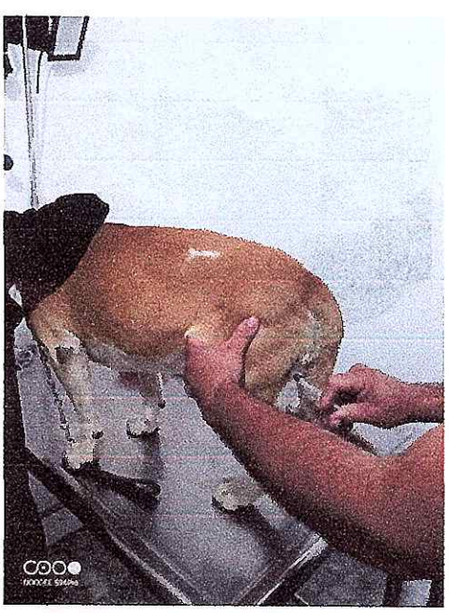
2) **Canino con procedimiento de orquiectomía con infección / inflamación :**





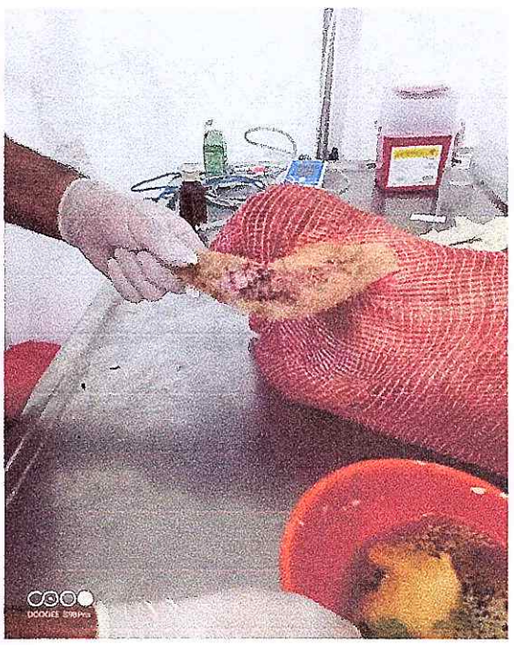
3) **Canino con laceración auricular derecho**

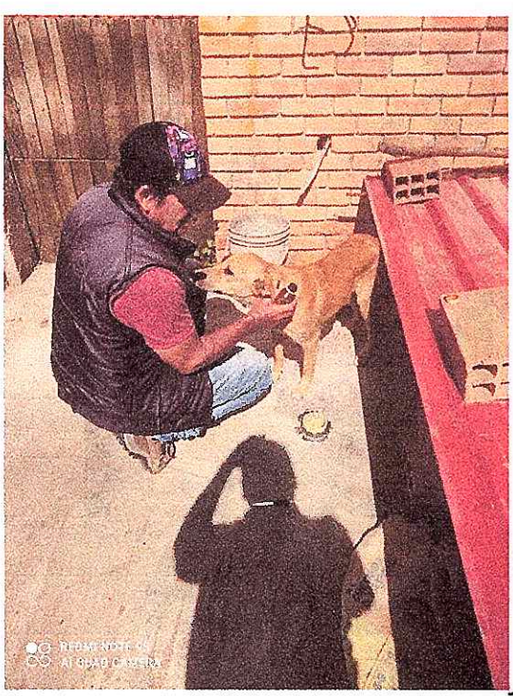


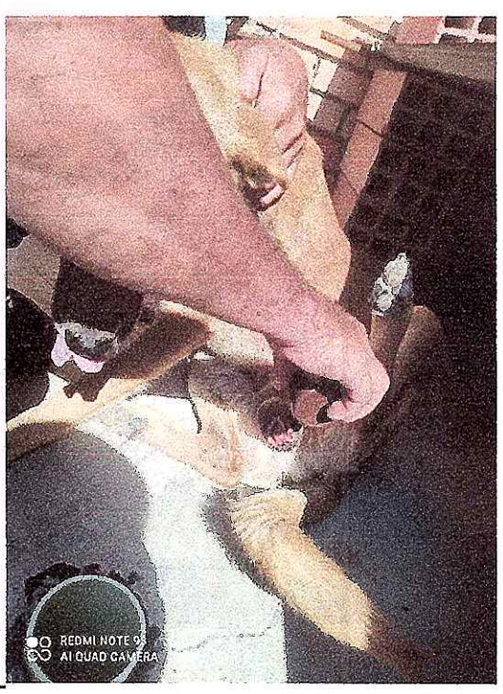


4) Laceración de pata derecha por mordedura de otro animal





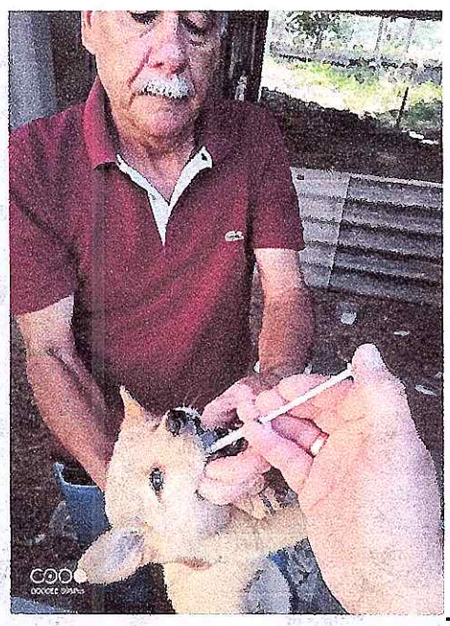


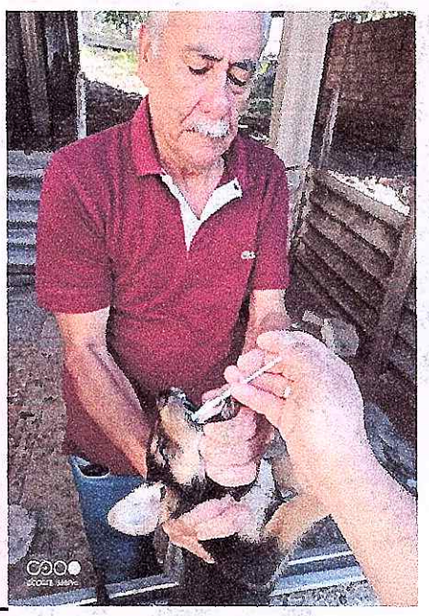


DESPARACITACION INTERNA / EXTERNA









ESTERILIZACIONES:



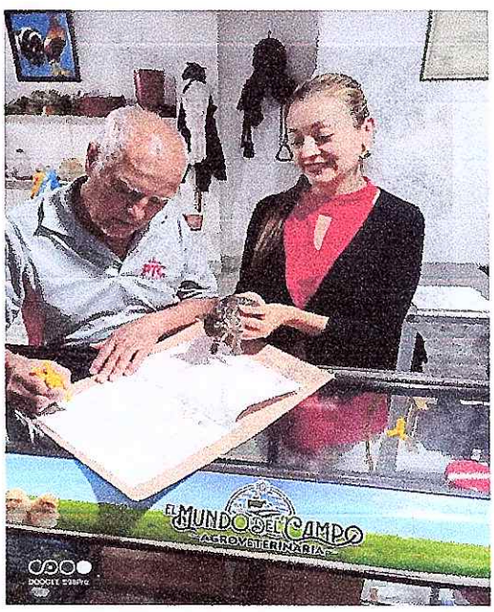






ADOPCIONES FELINAS:









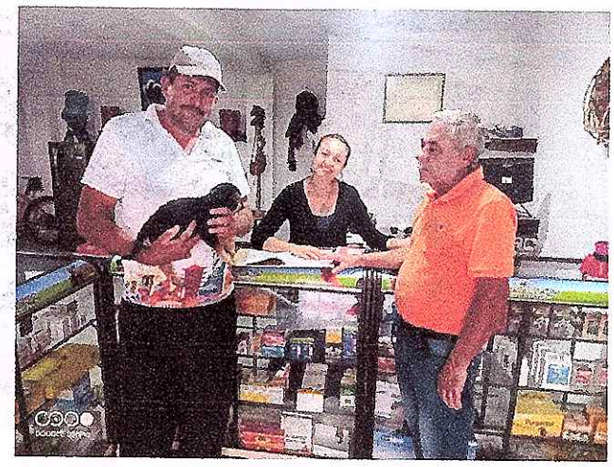


ADOPCIONES CANINAS

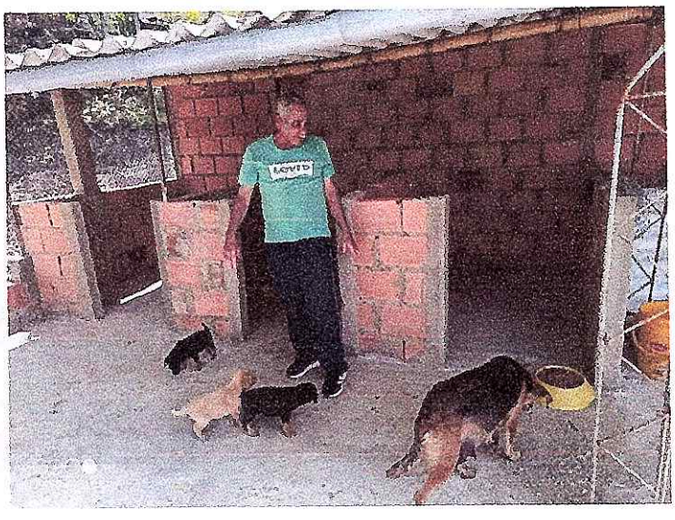













REDMI NOTE 9S
AI QUAD CAMERA

EL MUNDO DEL CAMPO
AGROVETERINARIA

FORMATO HISTORIA CLINICA VETERINARIA

1) IDENTIFICACION DE LA HISTORIA CLINICA

FECHA	HORA
19-03-24	7:00 pm.

2) DATOS DEL PROPIETARIO:

PROPIETARIO:	RESPONSABLE:
NOMBRE: Lilia Broque	APELLIDO:
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 24'081'200	
DIRECCION DE RESIDENCIA: cll3A 4-05	
TELEFONO CELULAR: 320-401-62-31	

3) RESEÑA:

NOMBRE DEL PACIENTE	ESPECIE canina.
RAZA Labrador	SEXO = Macho
FECHA DE NACIMIENTO —	PESO
COLOR Y TIPO DE PELAJE	ORIGEN /PROCIDENCIA
OTRA IDENTIFICACION / SEÑALES PARTICULARES	

4) ANAMNESIS:

DIETA:	Comida de sal ✓ Concentrado ✓ Variado_____
ENFERMEDADES PREVIAS	Debilidad _____ Fiebre_____ Temblor muscular _____ Vomito _____ Diarrea _____
Esterilizado	Si ____ No X
Partos	Nº ____

CIRUGIAS PREVIAS	—
ESQUENA VACUNAL	Rabia
ULTIMA DESPARACITACION Y PRODUCTO	—
TRATAMIENTOS RECIENTES	—
COMPORTAMIENTO DEL ANIMAL	SALIVACION EXCESIVA ____ FALTA DE MOVILIDAD DE LOS MIEMBROS _____ FATIGADO _____ OTROS _____
MOTIVO DE CONSULTA	Pete que ingresa por parte de La S. rural del municipio debido a que es perro callejero.

5) EXAMEN FISICO GENERAL

TºC :	VN : 37.5-39.0	FC (L/MIN)	VN: 60 - 180
FR (R/MIN)	VN : 10-40 RPM	TLLC (SEG)	VN:
TRPC (seg)	VN: ≤ 2	PULSO	VN:
Mucosas	VN:		
OTROS:			

6) *EXAMENES COMPLEMENTARIOS Y RESULTADOS:*

FECHA DE ORDEN PRUEBA	EXAMEN	RESULTADOS

7) DIAGNOSTICO PRESUNTIVO JUSTIFICADOS

Ejemplar canino con laceración por mordedura de perro oreja derecha, se realiza limpieza desinfección

8) DIAGNOSTICO DEFINITIVO

Laceración oreja derecha por mordedura de perro

9) TRATAMIENTO

10) EVOLUCION:

FECHA / HORA	OBSERVACIONES

11) NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL

MUNDO DEL CAMPO AGROVETERINARIA NIF. 33376368-9

Farid Florez O.
Médico Veterinario Zootecnista
T.P Z3030

FIRMA
C.C

24081200

EL MUNDO DEL CAMPO
AGROVETERINARIA

FORMATO HISTORIA CLINICA VETERINARIA

1) IDENTIFICACION DE LA HISTORIA CLINICA

FECHA	HORA
18-03-24	6:15pm

2) DATOS DEL PROPIETARIO:

PROPIETARIO:	RESPONSABLE:
NOMBRE: Jose Guillermo	APELLIDO: Sequeda
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 4'251'824	
DIRECCION DE RESIDENCIA: Cll 2A N°4A 11	Loma Blanca
TELEFONO CELULAR: 311-459-16-51	

3) RESEÑA:

NOMBRE DEL PACIENTE Michi	ESPECIE Felino
RAZA Criolla	SEXO Macho
FECHA DE NACIMIENTO 2 años	PESO
COLOR Y TIPO DE PELAJE	ORIGEN /PROCIDENCIA Calle ✓
OTRA IDENTIFICACION / SEÑALES PARTICULARES	
Color amarillo	

4) ANAMNESIS :

DIETA:	Comida de sal ____ Concentrado ____ Variado ✓
ENFERMEDADES PREVIAS	Debilidad ✓ Fiebre ____ Temblor muscular ____ Vomito ____ Diarrea ____
Esterilizado	Si ____ No ____
Partos	Nº ____

CIRUGIAS PREVIAS	
ESQUENA VACUNAL	Rabia
ULTIMA DESPARACITACION Y PRODUCTO	
TRATAMIENTOS RECIENTES	
COMPORTAMIENTO DEL ANIMAL	SALIVACION EXCESIVA ____ FALTA DE MOVILIDAD DE LOS MIEMBROS ✓ FATIGADO ____ OTROS ____
MOTIVO DE CONSULTA	Pete que ingresa por parte de la S. rural del municipio debido a que es gato callejero con laceracion miembro anterior izquierdo

5) EXAMEN FISICO GENERAL

TºC :	39	VN : 37.5-39.0	FC (L/MIN)	120	VN: 60 - 180
FR (R/MIN)	30	VN : 10-40 RPM	TLLC (SEG)	3	VN:
TRPC (seg)	3	VN: ≤ 2	PULSO	120	VN:
Mucosas	Normal	VN:			
OTROS:					

6) EXAMENES COMPLEMENTARIOS Y RESULTADOS:

FECHA DE ORDEN PRUEBA	EXAMEN	RESULTADOS
—	—	—
—	—	—

7) DIAGNOSTICO PRESUNTIVO JUSTIFICADOS

Ejemplar felino con laceracion miembro inferior izquierdo con presencia de miasis cutanea

8) DIAGNOSTICO DEFINITIVO

laceracion y miasis cutanea

9) TRATAMIENTO

Se realiza lavado en la zona afectada con decinfectora, se le aplica A/B Lavicida y vitaminas.

10) EVOLUCION:

FECHA / HORA	OBSERVACIONES

11) NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL

Farid Florez O.
Medico Veterinario Zootecnista
TP 23030

FIRMA
C.C

Josue Guillermo Sepulveda P
4251824 Santa

EL MUNDO DEL CAMPO
AGROVETERINARIA

FORMATO HISTORIA CLINICA VETERINARIA

1) IDENTIFICACION DE LA HISTORIA CLINICA

FECHA	HORA
9-03-24	10:30 am.

2) DATOS DEL PROPIETARIO:

PROPIETARIO:	RESPONSABLE:
NOMBRE: Luis Jose	APELLIDO: Holdonado Lopez.
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 1'147.392	
DIRECCION DE RESIDENCIA: C\ 11 N° 7-12 S M.	
TELEFONO CELULAR: 310-736-84-97	

3) RESEÑA:

NOMBRE DEL PACIENTE	ESPECIE
RAZA Canino	SEXO Hocho
FECHA DE NACIMIENTO	PESO 18 Kg
COLOR Y TIPO DE PELAJE	ORIGEN /PROCIDENCIA
OTRA IDENTIFICACION / SEÑALES PARTICULARES	

4) ANAMNESIS :

DIETA:	Comida de sal ✓ Concentrado_____ Variado_____
ENFERMEDADES PREVIAS	Debilidad ✓ Fiebre ✓ Temblor muscular _____ Vomito _____ Diarrea _____
Esterilizado	Si ✓ No_____
Partos	Nº X

CIRUGIAS PREVIAS	Orquiectomia exteina (otro medico V)
ESQUENA VACUNAL	NO
ULTIMA DESPARACITACION Y PRODUCTO	NO
TRATAMIENTOS RECIENTES	
COMPORTAMIENTO DEL ANIMAL	SALIVACION EXCESIVA ____ FALTA DE MOVILIDAD DE LOS MIEMBROS _____ FATIGADO _____ OTROS _____
MOTIVO DE CONSULTA	Pcte que ingresa po pcte de la S. rural del municipio debido a que ra familiada de la comunidad, en mal estado porque Juan J Rada

5) EXAMEN FISICO GENERAL

TºC :	VN : 37.5-39.0	FC (L/MIN)	VN: 60 - 180
FR (R/MIN)	VN : 10-40 RPM	TLLC (SEG)	VN:
TRPC (seg)	VN: ≤ 2	PULSO	VN:
Mucosas	VN:		
OTROS:			

6) *EXAMENES COMPLEMENTARIOS Y RESULTADOS:*

FECHA DE ORDEN PRUEBA	EXAMEN	RESULTADOS
—	—	—
—	—	—

7) DIAGNOSTICO PRESUNTIVO JUSTIFICADOS

Pcte con Orquiectomia la cual se encuentra con infeccion e inflamacion debido al proceso que se le realizo

8) DIAGNOSTICO DEFINITIVO

Orquiectomia infecciosa con inflamacion.

9) TRATAMIENTO

Se empezo el tto el dia 7 de Maizo - 9-03-24 tto consysto de limpieza y desinfeccion, aplicacion de A/B (y medicamento para dolor, fiebre inflamacion.

10) EVOLUCION:

FECHA / HORA	OBSERVACIONES
7-03-24	Tto completo
8-03-24	tto completo
9-03-24	tto completo

11) NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL

Farid Florez Q.
Medico Veterinario Zootecnista

MUNDO DEL CAMPO AGROVETERINARIA
NIT. 33376368-9

FIRMA
C.C

Luis Jose Maldonado L
Firma Propietario.

Firma Representante S. rural

EL MUNDO DEL CAMPO
AGROVETERINARIA

FORMATO HISTORIA CLINICA VETERINARIA

1) IDENTIFICACION DE LA HISTORIA CLINICA

FECHA	HORA
26-febrero-2024	6:30 pm

2) DATOS DEL PROPIETARIO:

PROPIETARIO:	RESPONSABLE:
NOMBRE:	APELLIDO:
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION:	
DIRECCION DE RESIDENCIA:	
TELEFONO CELULAR:	

3) RESEÑA:

NOMBRE DEL PACIENTE = Kira	ESPECIE = canina
RAZA = criolla	SEXO = hembra
FECHA DE NACIMIENTO = Aprox 30 días	PESO = 0,73
COLOR Y TIPO DE PELAJE = GRIS	ORIGEN /PROCIDENCIA
OTRA IDENTIFICACION / SEÑALES PARTICULARES	

4) ANAMNESIS :

DIETA:	Comida de sal X Concentrado_____ Variado_____
ENFERMEDADES PREVIAS	Debilidad X Fiebre_____ Temblor muscular X Vomito _____ Diarrea _____
Esterilizado	Si ____ No X
Partos	Nº ____ NO

CIRUGIAS PREVIAS	Ninguna
ESQUENA VACUNAL	Ninguno
ULTIMA DESPARACITACION Y PRODUCTO	26-02-24
TRATAMIENTOS RECIENTES	Ninguno
COMPORTAMIENTO DEL ANIMAL	SALIVACION EXCESIVA ___ FALTA DE MOVILIDAD DE LOS MIEMBROS X FATIGADO ___ OTROS X Debilidad,
MOTIVO DE CONSULTA	Abandono del animal, en estado de deshidratacc. Secreciones oculares falto de apetito.

5) EXAMEN FISICO GENERAL

TºC:	35,7	VN : 37.5-39.0	FC (L/MIN)	40	VN: 60 - 180
FR (R/MIN)	15	VN : 10-40 RPM	TLLC (SEG)	6	VN:
TRPC (seg)	5	VN: ≤ 2	PULSO		VN:
Mucosas	polidos	VN:			
OTROS:					

6) EXAMENES COMPLEMENTARIOS Y RESULTADOS:

FECHA DE ORDEN PRUEBA	EXAMEN	RESULTADOS
—	—	—
—	—	—

7) DIAGNOSTICO PRESUNTIVO JUSTIFICADOS

- ✗ Deshidratacrón
- ✗ Decaimiento y falto de animo
- ✗ hipotermia

8) DIAGNOSTICO DEFINITIVO

10) EVOLUCION:

FECHA / HORA	OBSERVACIONES

11) NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL

MUNDO DEL CAMPO AGROVETERINARIA
NIT. 3337636B-9

Sandra Flórez O.
Médica Vet. Amaric... Veterinaria

FIRMA
C.C

ETHICA - MEDIADORES EN SEGURIDAD SOCIAL

Nit. 900776313

Tipo: Aportes **1964**

Fecha: 04/04/2024 Hora: 10:42 -Período:3/2024 **Usuario: SANDRA MARTINEZ**
Aporte Pago 30 dias

Nombre(s) y Apellido(s): YUDY ANGELICA OTALORA RODRIGUEZ **Cédula:** 33376368

Dir: CARRERA 5A NO 5-04 **Tel:** 3208035529 **IBC:** 1300000

EPS	Nueva EPS	**Mora**	$0
Nivel ARL	1	**ARL**	
AFP	Porvenir	**Seg. Vida**	$0
CAJA	-No	**Exequial**	$0
IVA	$0	**Mensajería**	$0
TOTAL	**$398000**		

Realizar su aporte los 5 primeros días hábiles de cada mes para evitar inconsistencias en el servicio, y negación de incapacidades

Firma y Sello:

FORMATO DE ADOPCION ANIMAL

SOATA -BOYACA

FECHA: 23/02/24

❖ **DATOS GENERALES DE LA PERSONA QUE ESTA ADOPTANDO:**

MOMBRE Nelly Martinez **EDAD** 37 **c.c** 24·081·987

TELEFONO 311-242-66-76 **CORREO ELECTRONICO** _____

OCUPACION: Economa

❖ **DATOS GENERALES DE LA MASCOTA QUE SE ESTA ADOPTANDO:**

NOMBRE Kira **EDAD** 5 meses

RAZA criolla **SEXO** hembra

OBSERVACIONES DE LA ENTRGA DEL ANIMAL:

- La cachorra en perfecta condiciones de salud y con cirugía (castracion). Ovariohisterectomia.

CONDICIONES:

El adoptante se comprometerá a dar al animal buena alimentación atenciones convivir con el, así como ofrecerle un lugar adecuado. (proporcionarle una buena calidad de vida)

El animal recibirá siempre la atención medica necesarios y estos gastos a cargos del adoptante

DECLARO ACEPTAR ESTAS CONDICIONES: **SI:** X **No:** ____

Angelica Ochoa
FIRMA DE QUIEN ESTREGA

Nelly Martinez
FIRMA DE QUIEN ADOPTA 24081987

FORMATO DE ADOPCION ANIMAL

SOATA -BOYACA

FECHA: 24-02-2024

❖ **DATOS GENERALES DE LA PERSONA QUE ESTA ADOPTANDO:**

MOMBRE Mono Sanchez **EDAD** 57 años **c.c** 4252130

TELEFONO 311-366-73-00 **CORREO ELECTRONICO** _____

OCUPACION: oficios varios

❖ **DATOS GENERALES DE LA MASCOTA QUE SE ESTA ADOPTANDO:**

NOMBRE Mimigo EDAD 1 mes

RAZA felino (SEXO Macho.

OBSERVACIONES DE LA ENTRGA DEL ANIMAL:

Se entrega desparacitado, exterpull paracitos externos en buena condicone de Salud

CONDICIONES:

El adoptante se comprometerá a dar al animal buena alimentación atenciones convivir con el, así como ofrecerle un lugar adecuado. (proporcionarle una buena calidad de vida)

El animal recibirá siempre la atención medica necesarios y estos gastos a cargos del adoptante

DECLARO ACEPTAR ESTAS CONDICIONES: **SI:** X **No:** _____

Angelica Gaba R

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

FIRMA DE QUIEN ADOPTA

FORMATO DE ADOPCION ANIMAL

SOATA -BOYACA

FECHA: 24-02-24

❖ **DATOS GENERALES DE LA PERSONA QUE ESTA ADOPTANDO:**

MOMBRE Luis Alirio Hojica **EDAD** 68 **C.C** 93'115'783

TELEFONO 313-893-47-91 **CORREO ELECTRONICO** _____

OCUPACION: Ponal

❖ **DATOS GENERALES DE LA MASCOTA QUE SE ESTA ADOPTANDO:**

NOMBRE Tobi **EDAD** 1 mes

RAZA Felino **SEXO** Macho.

OBSERVACIONES DE LA ENTRGA DEL ANIMAL:

Se entrega desparacitado, Se le aplica extrepdl paracitos externos en buena condiciones de salud.

CONDICIONES:

El adoptante se comprometerá a dar al animal buena alimentación atenciones convivir con el, así como ofrecerle un lugar adecuado. (proporcionarle una buena calidad de vida)

El animal recibirá siempre la atención medica necesarios y estos gastos a cargos del adoptante

DECLARO ACEPTAR ESTAS CONDICIONES: **SI:** X **No:** ____

Angelica Cataba e

FIRMA DE QUIEN ESTREGA

FIRMA DE QUIEN ADOPTA

FORMATO DE ADOPCION ANIMAL

SOATA -BOYACA

FECHA: 25-02-24

❖ **DATOS GENERALES DE LA PERSONA QUE ESTA ADOPTANDO:**

MOMBRE Yenny Lara Mora Lara **EDAD** 17 años **cc** 5290622

TELEFONO 3208462776-311-829-2491 **CORREO ELECTRONICO** _____

OCUPACION: Ama de casa.

❖ **DATOS GENERALES DE LA MASCOTA QUE SE ESTA ADOPTANDO:**

NOMBRE _____ **EDAD** 1 mes.

RAZA felino. _____ **SEXO** _____

OBSERVACIONES DE LA ENTRGA DEL ANIMAL:

Se entrega desparacitado, Se le aplica externall parcitos externos en buena condición de Salud.

CONDICIONES:

El adoptante se comprometerá a dar al animal buena alimentación atenciones convivir con el, así como ofrecerle un lugar adecuado. (proporcionarle una buena calidad de vida)

El animal recibirá siempre la atención medica necesarios y estos gastos a cargos del adoptante

DECLARO ACEPTAR ESTAS CONDICIONES: **SI:** X **No:** ____

Angelica Cabra

FIRMA DE QUIEN ESTREGA

Maria Lara

FIRMA DE QUIEN ADOPTA



FORMATO DE ADOPCION ANIMAL

SOATA -BOYACA

FECHA: 26-02-24

❖ **DATOS GENERALES DE LA PERSONA QUE ESTA ADOPTANDO:**

MOMBRE Maiba Gomez **EDAD** 45 **C.C** 521478790

TELEFONO 311-223-47-62 **CORREO ELECTRONICO** _____

OCUPACION: Independiente

❖ **DATOS GENERALES DE LA MASCOTA QUE SE ESTA ADOPTANDO:**

NOMBRE _____ EDAD 1 mes

RAZA felino SEXO Macho.

OBSERVACIONES DE LA ENTRGA DEL ANIMAL:

Se entrega desparacitado, se le aplica extrapol parasitos externos en buenas condicones de Salud.

CONDICIONES:

El adoptante se comprometerá a dar al animal buena alimentación atenciones convivir con el, así como ofrecerle un lugar adecuado. (proporcionarle una buena calidad de vida)

El animal recibirá siempre la atención medica necesarios y estos gastos a cargos del adoptante

DECLARO ACEPTAR ESTAS CONDICIONES: **SI:** X **No:** ____

Angelica Tadeo

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

FIRMA DE QUIEN ADOPTA

FORMATO DE ADOPCION ANIMAL

SOATA -BOYACA

FECHA: 27-02-24

❖ **DATOS GENERALES DE LA PERSONA QUE ESTA ADOPTANDO:**

MOMBRE Angy M. Velandia **EDAD** 24 **c.c** 1057548626

TELEFONO 321-376-59-88 **CORREO ELECTRONICO** _____

OCUPACION: agricoj varios.

❖ **DATOS GENERALES DE LA MASCOTA QUE SE ESTA ADOPTANDO:**

NOMBRE Poch EDAD 1 mes

RAZA felino SEXO Macho

OBSERVACIONES DE LA ENTRGA DEL ANIMAL:

Se entrega desparacitado, Se le aplica exterpool para parasitos externos, en buenas condiciones de Salud.

CONDICIONES:

El adoptante se comprometerá a dar al animal buena alimentación atenciones convivir con el, así como ofrecerle un lugar adecuado. (proporcionarle una buena calidad de vida)

El animal recibirá siempre la atención medica necesarios y estos gastos a cargos del adoptante

DECLARO ACEPTAR ESTAS CONDICIONES: **SI:** X **No:** ____

Angelica Tabora

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

Angie Milena Velandia.

FIRMA DE QUIEN ADOPTA

FORMATO DE ADOPCION ANIMAL

SOATA -BOYACA

FECHA: 1-03-24.

❖ **DATOS GENERALES DE LA PERSONA QUE ESTA ADOPTANDO:**

MOMBRE Glora C. Salamanca **EDAD** 52 **C.C** 24'080 463

TELEFONO 314-480-42-84 **CORREO ELECTRONICO** chelito2017@hotmail.com

OCUPACION: Docente.

❖ **DATOS GENERALES DE LA MASCOTA QUE SE ESTA ADOPTANDO:**

NOMBRE Onix EDAD 1m-9dias.

RAZA Criolla. SEXO Macho.

OBSERVACIONES DE LA ENTRGA DEL ANIMAL:

Se le aplica exterpull pcaxito externo y animal en buen estado de Salud.

CONDICIONES:

El adoptante se comprometerá a dar al animal buena alimentación atenciones convivir con el, así como ofrecerle un lugar adecuado. (proporcionarle una buena calidad de vida)

El animal recibirá siempre la atención medica necesarios y estos gastos a cargos del adoptante

DECLARO ACEPTAR ESTAS CONDICIONES: **SI:** X **No:** ____

Angelica Ochoa R

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

Gloria Cecilia Salamanca.

FIRMA DE QUIEN ADOPTA

FORMATO DE ADOPCION ANIMAL

SOATA -BOYACA

FECHA: 1- 03-24

❖ **DATOS GENERALES DE LA PERSONA QUE ESTA ADOPTANDO:**

MOMBRE Salomon Jaime Baez **EDAD** 47años **c.c** 4'253'054

TELEFONO 314-800-94-62 **CORREO ELECTRONICO** _____

OCUPACION: oficios varios

❖ **DATOS GENERALES DE LA MASCOTA QUE SE ESTA ADOPTANDO:**

NOMBRE _____ EDAD 1mes 15 dias.

RAZA criollo SEXO Macho

OBSERVACIONES DE LA ENTRGA DEL ANIMAL:

Se le aplica extepull pomsitos exteinas animal en buen estado de salud., purgado.

CONDICIONES;

El adoptante se comprometerá a dar al animal buena alimentación atenciones convivir con el, así como ofrecerle un lugar adecuado. (proporcionarle una buena calidad de vida)

El animal recibirá siempre la atención medica necesarios y estos gastos a cargos del adoptante

DECLARO ACEPTAR ESTAS CONDICIONES: **SI:** X **No:** ____

Angelica Aldana P

FIRMA DE QUIEN ESTREGA

1053054

FIRMA DE QUIEN ADOPTA

FORMATO DE ADOPCION ANIMAL

SOATA -BOYACA

FECHA: 2-03-24

❖ **DATOS GENERALES DE LA PERSONA QUE ESTA ADOPTANDO:**

MOMBRE Homo Delgado **EDAD** 39 **C.C** 24'081'866

TELEFONO 311-517-23-12 **CORREO ELECTRONICO** _____

OCUPACION: Ama de casa

❖ **DATOS GENERALES DE LA MASCOTA QUE SE ESTA ADOPTANDO:**

NOMBRE Macarena. EDAD 1mes 15dico

RAZA Criolla SEXO hembra

OBSERVACIONES DE LA ENTRGA DEL ANIMAL:

Se le aplica extepoll porsitos externos.
animal en buen estado de Salud

CONDICIONES:

El adoptante se comprometerá a dar al animal buena alimentación atenciones convivir con el, así como ofrecerle un lugar adecuado. (proporcionarle una buena calidad de vida)

El animal recibirá siempre la atención medica necesarios y estos gastos a cargos del adoptante

DECLARO ACEPTAR ESTAS CONDICIONES: **SI:** X **No:** ____

Angelica Aldoge
FIRMA DE QUIEN ENTREGA

Maria Delgado
FIRMA DE QUIEN ADOPTA

FORMATO DE ADOPCION ANIMAL

SOATA -BOYACA

FECHA: 2-03-24

❖ **DATOS GENERALES DE LA PERSONA QUE ESTA ADOPTANDO:**

MOMBRE Gilberto Suarez **EDAD** 68 **C.C** 4'058'795

TELEFONO 314-43-99-578 **CORREO ELECTRONICO** _____

OCUPACION: Agricultor

❖ **DATOS GENERALES DE LA MASCOTA QUE SE ESTA ADOPTANDO:**

NOMBRE Abetao EDAD 1mes 15 dias

RAZA Criollo SEXO Macho

OBSERVACIONES DE LA ENTRGA DEL ANIMAL:

Se le aplica exterpoll parasitos externos animal en buen estado de Salud.

CONDICIONES:

El adoptante se comprometerá a dar al animal buena alimentación atenciones convivir con el, así como ofrecerle un lugar adecuado. (proporcionarle una buena calidad de vida)

El animal recibirá siempre la atención medica necesarios y estos gastos a cargos del adoptante

DECLARO ACEPTAR ESTAS CONDICIONES: **SI:** X **No:** ____

Angelica Ortiz

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

Gilberto Suarez

FIRMA DE QUIEN ADOPTA

FORMATO DE ADOPCION ANIMAL

SOATA -BOYACA

FECHA: 2-03-24

❖ **DATOS GENERALES DE LA PERSONA QUE ESTA ADOPTANDO:**

MOMBRE Pedro Antonio Rodriguez **EDAD** 26 **c.c** 1057548228

TELEFONO 321-4699793 **CORREO ELECTRONICO** _____

OCUPACION: Conductor

❖ **DATOS GENERALES DE LA MASCOTA QUE SE ESTA ADOPTANDO:**

NOMBRE Rocky EDAD 1m

RAZA criollo SEXO Macho

OBSERVACIONES DE LA ENTRGA DEL ANIMAL:

Se le aplica extepull parasitos externos
caninal en buen estado de Salud

CONDICIONES:

El adoptante se comprometerá a dar al animal buena alimentación atenciones convivir con el, así como ofrecerle un lugar adecuado. (proporcionarle una buena calidad de vida)

El animal recibirá siempre la atención medica necesarios y estos gastos a cargos del adoptante

DECLARO ACEPTAR ESTAS CONDICIONES: **SI:** X **No:** ____

Angelica Ortiz

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

FIRMA DE QUIEN ADOPTA

Simple

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2024-02-20, 10:03:11 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	febrero de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	febrero de 2024
Empresa	OTALORA RODRIGUEZ YUDY
CEDULA CIUDADANIA	CC 33376368
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1061595547
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	465786648
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 377.300
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	$ 208.000	$ 0
N900156264	EPS037	NUEVA EPS	1	$ 162.500	$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG	1	$ 6.800	$ 0
			SubTotales:	$ 377.300	$ 0
			Total a Pagar:		$ 377.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-02-20, 10:07:31 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1061595547

Periodo Cotización: febrero de 2024 **Periodo Servicio:** febrero de 2024

PAGADO 20/02/2024

S DEL APORTANTE

ocial	OTALORA RODRIGUEZ YUDY		
nto	CC33376368	**Dirección**	CR 24 #13 - 13
Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7750616
sona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
	SOGAMOSO	**Departamento**	BOYACA
ntante Legal		**Identificación**	
liados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

LLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado			Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APF	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
YUDY ANGELICA OTALORA RODRIGUEZ	59	00	X																0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 1.300.000	$ 162.500	0,522	$ 1.300.000	$ 6.800	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.300

TALES

ensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 0	$ 208.000	$ 162.500	$ 6.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.300	$ 0	$ 377.300

as de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

100

Simple

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2024-04-04, 10:43:23 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	marzo de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	marzo de 2024
Empresa	OTALORA RODRIGUEZ YUDY
CEDULA CIUDADANIA	CC 33376368
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1062478085
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	554674302
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 377.300
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	$ 208.000	$ 0
N900156264	EPS037	NUEVA EPS	1	$ 162.500	$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG	1	$ 6.800	$ 0
			SubTotales:	$ 377.300	$ 0
			Total a Pagar:		$ 377.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-04-04, 10:46:50 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1062478085

Periodo Cotización: marzo de 2024 **Periodo Servicio:** marzo de 2024

PAGADO 04/04/2024

S DEL APORTANTE

ocial	OTALORA RODRIGUEZ YUDY		
nto	CC33376368	**Dirección**	CR 24 #13 - 13
Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7750616
sona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
	SOGAMOSO	**Departamento**	BOYACA
ntante Legal		**Identificación**	
iliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

LLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado			Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducación	Total
YUDY ANGELICA OTALORA RODRIGUEZ	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 1.300.000	$ 162.500	0,522	$ 1.300.000	$ 6.800	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.300

TALES

ansión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 0	$ 208.000	$ 162.500	$ 6.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.300	$ 0	$ 377.300

as de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

107